ناصر قائمي

مفاهيم الطب النفسي

مقاربة متعددة الأوجه للعقل والمرض العقلي

ترجمة

يوسف الصمعان



Jadawel جداول



مفاهيم الطب النفسي

مقاربة متعددة الأوجه للعقل
والمرض العقلي

Nassir Ghaemi

The Concepts of Psychiatry

A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness

Published by arrangement with The Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland

ناصر قائمي

مفاهيم الطب النفسي

مقاربة متعددة الأوجه للعقل والمرض العقلي

ترجمة
يوسف الصمعان

حكمة
Jadawel جداول

الكتاب: مفاهيم الطب النفسي... مقاربة متعددة الأوجه للعقل والمرض العقلي
المؤلف: ناصر قائمي
ترجمة: يوسف الصمعان

جداول
للنشر والترجمة والتوزيع
رأس بيروت - شارع كراكاس - بناية البركة - الطابق الأول
هاتف: 00961 1 746638 - فاكس: 00961 1 746637
ص.ب: 5558-13 شوران - بيروت - لبنان
e-mail: d.jadawel@gmail.com
www.jadawel.net

الطبعة الأولى
كانون الثاني/يناير 2022
ISBN 978-614-418-502-5

Caracas Str. - Al-Baraka Bldg.
P.O.Box: 5558-13 Shouran
Beirut - Lebanon
First Published 2022 Beirut

المحتويات

الجزء الثالث: ما بعد الانتقائية

إهداء

أهدي هذا الكتاب

إلى هيذر، فالنتاين، وزين

تتماثل عيوب الطب النفسي بشكل كلي مع الفلسفة بكونها تمثلًا ذهنيًا دون دليل كاف، وثقة عمياء فيما تبدو عليه اللغة من تناغم وجدال، ذلك لأن المجادلين غير متفقين حول مختلف الأحكام، أو لفشلهم في جعل هذه الأحكام صريحة.

أوبري لويس، 1967م

توطئة

نقرأ الكتب من زوايا النظر المهنية المحظية والخاصة بنا وبغاياتنا نحن. إن نكن مبتدئين فلنتعلم، وإن نكن أطباء ممارسين فلنقوِ معرفتنا، وإن نكن محكمين فلنبحث عن إثبات آراء أو دحضها. قرأت مؤخرًا نصوصًا في مبحث الطب النفسي لتعينني على النظر بعمق في المستقبل، رغبة مني بمعرفة محطة مسارنا الأخيرة، وما عسانا نفعل للوصول إليها. وفي هذا الدرب، خاب ظني في جلِ الكتب التي صدرت أخيرًا، فهي تنقسم إلى نوعيتين مختلفتين.

يحاول شقٌ منها طمأنة نفسي، فتعبر الكتب في هذا الفريق من جديد عن غبطتنا نحن الأطباء النفسانيين المعاصرين، فنحن نمتلك نظامًا تشخيصيًا بعيدًا عن الريبة وقمين بالاعتماد عليه (كدليل التشخيصي والإحصائي: الطبعة الثالثة والرابعة (DSM 3/4)، وفوق هذا نمتلك الأدوية النفسية المعدة للاستعمال لتلك الاضطرابات التي يحددها الدليل التشخيصي والإحصائي. هذا، ويزعم البعض علاوة على ذلك فهمًا جديدًا لتهديد الكثير من الاضطرابات النفسية المتعلقة بـ«صدمة» (في الحاضر، الماضي، في الذاكرة الحاضرة أو المكبوتة). فالمستقبل الذي يصفونه لهذا الحقل المعرفي: «ليس إلا إضافة لسابقه».

أما الكتب التي تنتمي إلى الفريق الآخر فهي تحاول إرباكي. فتكشف عن تذمرها من تجاهل العلاج النفسي الفردي، وتشير إلى الخيبات المتواترة للأدوية الفارماكولوجية متَعجبة من القوة المفسدة على فكرنا وممارستنا، الذي ترعاه شركات الأدوية بتنافس متعصب. وتذكرنا هذه الكتب باستنكار حتى البحاح حول التأثير الواسع والملزم والمفروض على مهنتنا وعلاج المرضى، وذلك من قبل منظومة صحة تهيمن عليها منظمات الرعاية الصحية وسياسة تأمين بدافع ربحي. فالمستقبل الذي يصفونه لهذا الحقل المعرفي هو: «العودة إلى فترة الستينيات».

تبقى الحقيقة كامنة في كلا الفريقين وباعتراف الجميع في بعضها أكثر من غيرها، ولكن من الممكن أن أبدي إحساسًا بالرضا أو بعدمه عن الوضع الحالي للطب النفسي دون قراءة تلك الكتب. كما أنني على وعي تام بكيفية تطور الطب النفسي باهتمامه الكبير بالاضطرابات، وبتقصيره في التفاصيل، إلى جانب تأثره باتهامات الغموض والابتداع. بالإضافة إلى ذلك أنا بصدد البحث عن الكتب التي تمد الباحث ببنية مفهومية متناغمة لمبحث الطب النفسي. وهي تلك الكتب التي تسمح لنا بالتقدم، عوضًا عن التقهقر، نحو مستقبل نترقب ظهوره بشغف.

لقد كتب الدكتور قائمي هذا الكتاب الذي يحمل ما أبحث عنه وما يحتاجه كما أعلم دارسو وزعماء هذا الميدان. فيقوم قائمي بتقييم الهيئة الحالية لميداننا مستحسنًا أساليب التفكير وطرق الممارسة أحيانًا، مبديًا عدم رضاه عنها أحيانًا أخرى. غير أنه قدم بنية تفكير عملية وشاملة قوامها منهاجٌ معين، لتحفز على إيجاد خطاب نقدي أقوى من الخطاب المألوف في الوقت الحاضر، والذي من شأنه أن يدفع بالممارسة والتدريس والبحث إلى الأمام. أرجو أن يشجع كتابه الآخرين للمواصلة على الدرب نفسه، ويعينهم على إيجاد مخرج من الطريق المسدود الذي أتحسسه من قراءاتي لكتب أخرى، فقد وضع الدكتور معيارًا ذا ميزة عالية لكل من سيخطو خطاه.

بادئ ذي بدء، يوجه قائمي انتباهه لما يمكن تسميته «مدرسة المنهج» للفكر الحديث وزعمائه، بسيره على خطى وليام جيمس وفيلهلم ديلثي وماكس فابر، فيبتدئ بنقاش ثري لتشارلز ساندرز بيرس، ويختتم بتقييم شامل وانتقادي للطبيب النفساني كارل ياسبرز. هذا، ويشير قائمي متسلحًا بأفكاره المدروسة حول ياسبرز إلى الداعي الذي جعل ياسبرز خبيرًا في المناهج المتعلقة بالطب النفسي، وإلى الطريقة التي بلورت بها أعماله هذا الميدان. يقوم قائمي بعدها بترجمة المقاربات العلاجية لسيغموند فرويد وأدولف ماير وقبلهم إميل كربلين إلى لغة منهج، كي نجعل مميزاتها وحدودها ظاهرة للعيان. ثم يمر إلى حاضرنا بتقديمه لوصف مؤلفي المعلومات المنتمين إلى الفترة الحديثة. نذكر منهم جيرالد كليرمان وإدوارد هانديرت وروبرت سبيتزر وأريك كاندل، بتفكرهم في الماضي، وتصورهم

للمستقبل، فيقودون التفاعل إلى الأمام أحيانًا، ويرجعونه إلى مجرد قوالب مفهومية أحيانًا أخرى. ومع هذا كله، يناقش الدكتور الآراء والوصفات العلاجية الصادرة عن منهج وقاعدة ياسبرز، وهي القاعدة التي تركز خصيصًا على المناهج المستخدمة، ثم يستقصي الطرق المسلوكة اليوم، ويحاسبها على ما تسمح به القاعدة «الباسرية» وما ترفضه.

وعلى أساس هذه الذائقة الفكرية الموسعة والثرية، ينتصر قائمي إلى ما أشار إليه هو والدكتور ليستون هافنس بـ «التعددية» على مستوى الحيز الفكري والتطبيقي في الطب النفسي، وينتصر إلى ما نشير إليه في «جونس هوبكنز» بـ«التنظير». فالتعددية، بأي اسم كانت، ترتكز على ثلاث قضايا رئيسة، بل متواصلة فيما بينها. أولًا: يعَدُّ الطب النفسي الميدان الطبي الوحيد الذي يهتم بتلك الاضطرابات التي تكون قابلةً للتشخيص والتكهن والعلاج، والتي تظهر في مستوى الوعي الشخصي وهو مجال «العقل»، أكثر من كونه مجال «الجسد». ثانيًا: هناك عدة أصناف مختلفة وتتطلب مناهج متنوعة لتفسيرها، ومن هنا «التعددية». أما ثالثًا: فكل اضطراب يعطل ميزة وظيفية معينة للحياة الإنسانية العقلية، ومن هناك تبين كنوع من التجريب في الطبيعة الدور الطبيعي لهذه الميزة في الصحة.

هذا ويعرف قائمي الأطباء النفسيين كأطباء ممارسين يعملون بعدة مناهج، كل واحد منها مستقل نسبيًا عن الآخر، حتى وإن ارتبطت فيما بينها ضمن أي تعريف شامل للميدان. كما يبرهن بأمثلة واضحة كيف أن العديد من النقَّاد الذين لديهم نية تقويم الطب النفسي ومكانته في الطب (عامة) لا يفقهون هكذا فكرة. إضافة إلى ذلك، عليهم فهم ذلك لأن التعددية، بارتباط الطب النفسي بعلم المنهج (والتي تعرف بدقة كدراسة مناهج تفسير الطب النفسي، والهدف من ذلك الوقوف عند تطبيقاتها وعناصرها ومواطن قوتها وحدودها)، هي المفتاح الذي سيقودنا لمستقبل هذا الميدان. وبالخصوص، ستقدم التعددية نظامًا تقسيميًا يتجاوز مقاربة (الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة) المعجمية المتزايدة في التوسع. كما ستقدم، وفقًا للمفهوم، مقاربات لبيان شرعية هذه المساعي، والتي تحدث عنها مؤلفو (الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة)، لكونها كانت ستظهر على السطح حينما

أصبح بالإمكان الاعتماد على المصطلحات الفنية للطب النفسي. للتعددية موقف ائتلافي بما أنها تستطيع أن تزيل فوضى «التجمعات» المتواصلة للمعالجين، والتي تثير حيرة متتبعي ميداننا، ولكن ليس البعض منهم ممن يرمون للعلاج. وبالتالي فهي تحول تفاعلنا من تفاعل فيما بين الخصوم بأجندات بيولوجية، سيكو دينامية، بيوسيكو اجتماعية.... إلخ إلى تفاعل وسط زملاء المهنة الذين يلاحظون وجود إشكالات إكلينيكية معقدة وذات أهمية ويريدون إيجاد حلول لها. أما الأكثر أهمية هو أن الطالب المبتدئ بتفكير منهجي تبنى على أساسه المعلومات الحية ـ يستطيع أن يلزم الأساتذة في محادثة ذات نسق تطوري وتفاعلي حول ما نعلمه وكيف نعلمه، مستخدمين التجارب الإكلينيكية لنتقدم بعدها بسرعة على مستوى المهارة والفهم. نرجو جميعنا أن يدمج الطب أخيرًا في تبيان كيف أن الاضطرابات العقلية التي نعيها ليست ماهيات مفروضة على البشر من اللا شيء، ولكنها بالأحرى سيمائيات في حياة الإنسان تحت ظروف متغيرة نعمل على إصلاحها. ولتحقيق هذا الهدف نحتاج إلى فهم كيفية التعامل مع المرضى، وكذلك كيفية التفكر في وضعياتهم. اقرأ ها هنا وراقب المستقبل مراقبةً ليست على نحو مظلم وغامض يأمل بإلهام، بل وجهًا لوجه مع المناهج والتطبيقات التي ستدفع به إلى النجاح.

بول ر.ماكهيو

مقدمة الطبعة الورقية

امتدت صيرورة المناقشات والمعضلات المدروسة في هذا الكتاب على مدى قرن من الزمان. وأنا على يقين أن المشكلات المطروحة حقيقية اليوم، وستظل كذلك لسنوات لتتجلى، غير أنه، ولسوء الحظ، سيطول بنا الدجى وتطول الوضعية الانتقائية بالطب النفسي الذي يشوبه الارتياب والضبابية، وغير واثق فيما يرمي إليه، وغير قادر على تفسير آرائه الأساسية بوضوح للدخلاء على الميدان، ومورط في صراع حاد من داخله ومع الرأي العام النزاع إلى الشك. ومن هناك فالأشخاص ذو الأمراض النفسية عليهم أن يبحروا في عالم حيث تتصارع فيه آراء هؤلاء الذين دربوا لمعالجتهم، يقابل هذه الآراء المتصارعة قدرة ضئيلة لبيان الصواب. فاللبس والاضطراب والتشوش والفوضى تمثل القاعدة في الوقت الحاضر.

وفي الوقت نفسه لقد تعلمنا الكثير حول مبحث بيولوجيا الأعصاب، وطورنا أدوية جديدة وتابعنا العمل على التقدم في طرق البحث العلمية. ومع ذلك، يكون هذا كله عديم الفائدة إن لم تكن لدينا فكرة عما سنفعله بكل هذه المعرفة. كما صرح به فرنك آيد المؤسس البارز لعلم الأدوية النفسية قد يقودنا المستقبل إلى اكتشاف العديد من الأدوية أو العلاجات الجديدة، ولكن مثل هذه الاكتشافات لن تترجم إلى تقدم عملي ما لم نفهم بكيفية أفضل، متى وكيف نستعمل مختلف علاجاتنا. هذا يكون كما لو أمدونا بـ«لمبرغيني» هديةً دون أن نملك رخصة قيادة.

قال وليام جيمس مرة: إن الأفكار الجديدة تصبح رائجة إذا استجابت لحاجة البشر. ففي بعض الأحيان يشعر الناس بأنهم يحتاجون إلى أجوبة بسيطة عن مشكلات معقدة. كما أن المشكلة هي أن تكون الأجوبة البسيطة خاطئة في الغالب، ولا تنتهي إلى شيء سوى مبادئ تتبع اتباعًا أعمى. ففي الممارسة الطبية قد تسبب مثل هذه الأخطاء الدوغمائية خطرًا حقيقيًا لأناس حقيقيين. وعليه فهذا الكتاب

لا يقدم أجوبة بسيطة، ففي حقيقة الأمر يرمي إلى تبيان كيف أن أجوبتنا البسيطة خاطئة، بالإضافة إلى الموقف البيو سايكو سوشيال أو الحيوي النفسي الاجتماعي وهو النهج القائل بأن كل النظريات صحيحة بالأساس. هذا وتعد المقاربة الانتقائية مجال الطب النفسي المرتكز على الجانب الدرامي في وصف وضعيات عموم الناس، أو بتعبير آخر «بالوعة مطبخ»، فنرتمي في أحضان جميع أنواع الطرق آملين أن يوجد شيء ما ينبض. ها هنا ستجد البديل حيث النموذج المتعدد الأوجه للعقل والمرض العقلي جامع، ولكنه انتقائي يبين بطريقة منظمة متى تستعمل أي المناهج عند إقصاء المناهج الأخرى في فهم المرض العقلي ومعالجته.

أرجو أن تجعل هذه الطبعة الورقية الجديدة الكتاب منفتحًا لهؤلاء الذين قد يكونون مهتمين أكثر بمثل هذه الأفكار والطريقة، وأن يولِّد الكتاب نقدًا نحتاجه، وهو يطمح أن يحث على المزيد من الأعمال النقدية، وليكون علامة بارزة لنقد يفضي لمستقبل أفضل. وعليه من الممكن أننا قد نلتقي بتلك الحاجيات الإنسانية الأخرى المرغوبة والضرورية وإن كانت محيرة غامضة في آن واحد، ثم لنعلم فنتحرر.

مقدمة الطبعة الأولى

يحدثنا سيمور كيتي ذات مرة عن حكاية مثلية تلخص الكثير مما أرمي أن أقوم به في هذا الكتاب، وقد كان كيتي باحثًا في مبحث الطب النفسي ذي التوجه البيولوجي والمدير العلمي الأول للمعهد الوطني للصحة العقلية، ورائدًا في إرساء البحث في علم الجينات وخاصة مرض الفصام في خمسينيات وستينيات القرن الماضي، وفي عام 1960م رمى كيتي إلى إبراز حدود كل المقاربات في الطب العقلي سواءً كان بيولوجيًا أو لا، وروايته والتي أطلق عليها اسم «الطبيعة الحقيقية للكتاب» تمتد على هذه السطور:

«فلنتخيل مجموعة بشرية من سكانٍ ذوي ذكاء مميز وجدّ متحضرين باستثناء أنهم لم يروا كتابًا البتة، واخترعوا وسائل أخرى لانتقال المعرفة. وذات يوم ظهر وسطهم مليون كتاب، الحدث الذي حرّك الكثير من الفضول والذعر وهو ما دفعهم إلى اتخاذ قرارٍ بإرساء معهد علمي لدراستها، فأسسوا هذا المعهد بأنظمة وضبطوا سياسة تعنى بأنّ كل عالمٍ يستطيع أن يطيع هذه المواد تحت مجهر البحث فقط، بالأدوات والتقنياتِ والمفاهيم التابعة لنظامه.

إنّ أول مخبرٍ يرجى إعداده هو مخبر التشريح، فهناك يدرس العمال هذه المواد الغريبة لوقت من الزمن ويستخلصون النتيجة التالية: «تعدّ العينة كتلة معدن مستطيلة الشكل مغطاة باطنًا وظاهريًا بصفائح رقيقة خشنة وليفية وملفوفة يقارب سمكها ثلاثة مليمترات، وتكمن بين هذه الصفائح المئات من الصفائح البيضاء يناهز سمكها جزء من المليمتر، وكلها مثبتة عند نهاية وتتحرك باتجاه النهاية الأخرى، وبفحصٍ أدق، تتضمن عددًا كبيرًا من العلامات السوداء السطحية منظمةً في مجموعاتٍ خطية وفق كيفيةٍ معقّدة فعلًا»، وفي ذاك الوقت يظهر الكيميائيون على السطح، فيحرق الكيميائي الأول العيّنة ليتمكن منها ويبدي رضاه عن نفسه بأنها

تخضع لقانون المحادثة، وبالتالي تكون في مجال سيطرته، وبعدها يأتي دور الكيميائي المحلل الذي يكشف تركيبة عناصرها أولًا، ولكن يقسمها في وقت لاحق إلى مركبات تامة بشكل شبه تام، كما يقدم تقريرًا حول آثار الكربون الجزئي والتي من الممكن أن تكون ملوثات...».

ومن ثم يأتي دور الكيميائيين البيولوجيين الذين يشرحون الكتاب ويهرمونه والأفضل من هذا كله يجانسونه... ولكن ينتاب هؤلاء الكيميائيين شعورًا غير مريح، بأنه على الرغم من أهمية ما يقومون به ستأتي الأجوبة الحقيقية من الزميل عند آخر البهو الذي جاء للتو، ولا يزال يلمع معداته الغالية والباهظة الثمن، إنه عالم بيولوجيا الجزيئات.

إنه قلقه بشأن بداية العمل على الكتاب الذي اختاره بثقة، نابعٌ من تزلف العلوم الأقل أهمية، لأن أحدهم أخبره بأنه متحيز ومحرف، بما أنه علق علامة فوق بابه كتب عليها «لا كتاب مطوي دون جزيئي ملولب»، يتابع هذا المتخصص بحثه عن الجزيئي، وبعملية استخراج متكررة ونبوذ وحدة نبوذ والتكهرب والتفاعل الكيميائي في الماء وإعادة البلمرة، يعزل مادة من النوع الخام خاليةً من جسيمات الكربون، والأفضل من ذلك جزيئًا ضخمًا وجزيئًا ملولبًا من السلولوز.

وفي الوقت نفسه، يشرع الفيزيولوجيون في دراسة هذا الموضوع، وخلافًا للكيميائيين البيولوجيين، قام علماء الفيزيولوجيا بقراءة تقرير علماء التشريح، وباشروا الدراسة والتأمل في السبب والكيفية اللذين جعلا الصفحات مربوطة الواحدة فوق الأخرى: إنهم يدرسون حركة الصفحات وهم يتصفحون الكتاب ويستنتجون معادلات معقدة لوصفه، وبعدها يكتشف الفيزيائي البيولوجي أنّ راسبات الغرافيت في فضاء الشحنات الكهربائية الثابتة تخلق تقطعات بالأساس، فضلًا عن ذلك، تتطور الأقطاب الكهربائية الدقيقة وذات الحجم الصغير لتلتقطها وتتطور المضخمات وأجهزة الذبذبات لتعرضها، كما تظهر آلاف الرسومات لهذه الإشارات البعض منها قابل لإعادة الإنتاج، ولكنها غير مفهومة، ويسجل النموذج في الحواسيب حيث يمكن أن تولد آلاف الفرضيات وتختبرها في دقيقة، وفي الأخير، تبدأ الآلة الكاتبة في استخراج الصور الفوتوغرافية، فيعثر على المعنى في ذلك النموذج المعقّد وهو «THE».

وعند هذه اللحظة يفسح المجال لأخصائيّ السلوك لدخول المعهد ويبدؤون في دراسة المشكل. إنهم جماعة غريبة الأطوار. فقد قام البعض منهم بقراءة تقارير علماء التشريح والكيميائيين والفيزيولوجيين، بيد أن الكثير منهم لا يبدون اهتمامًا لذلك. سيعترف الأغلبية، إذا دفعهم الأمر، بأن الكتاب هو مادة بالأساس، وأنه يرضخ لقوانين مادية، وأنه ومحتوياته لا يعدو أن يكون شيئًا أكثر من كونه ترتيب في غاية التخصص لمواد كيميائية. ولكن لا يشرحون الكتاب ولا يقومون بتنقية مكوناته الكيميائية. وفي واقع الأمر، يبدو أنهم يشعرون بأنه من الخطأ أن يقوموا بذلك. وبدلًا من ذلك، يطرحون الأسئلة المتعلقة بميادين تخصصهم ويبحثون في الكتاب عن الأجوبة. فيفضل أولهم العدّ، إذ يحسب عدد الحروف في الكلمات وينتهي بتواتر توزيع الكلمات حسب طولها. ويجد أن الكلمات المكونة من أربعة حروف لها الكفة الراجحة. ويتعلم زملاؤه القدر الكبير حول أصناف الكتب، كيف تختلف عن بعضها البعض، وما تأثيراتها على المجموعة البشرية. وبالرغم من أن العالم المتخصص في السلوك قد تعلم الكثير عن طبيعة الكتب، تتأرجح تقنياته في وضعية الكتاب الواحد وخصائصه، وقدرته هو على تقدير توقعاتٍ حول هذا الكتاب يمكن بشكل كبير الاعتماد عليها. إذن من الضروري أن نتعلم شيئًا ما حول كتاب واحد بعينه، وأنّ ثمة حاجة إلى تقنية التي يمكن أن تقرأه بأكمله. لم تظهر هكذا تقنية بعد غير أن تقدمًا معينًا قد أحرز في تطويرها. وفي الأخير يحمل الكتاب في محاولة يائسة إلى المحلل النفسي على أمل أن يتمكن من قراءته. لم يفعل ذلك بشكل دقيق، ولكن طلب من المؤلف أن يختار أجزاء منه ويقرأها وهو يصغي إليه. إن الكاتب بالطبع متحيز ويقرأ ما يريد قراءته ظنًا أنه «تحويل جيد» لتلك المقاطع التي يعتقد أن المحلل يريد الاستماع إليها. إضافة إلى ذاك لا يستمع المحلل دائمًا بإدراك محكم، بل، وبناءً على مفاهيمه التي تلقاها في الجامعة أو الكامنة في مخيلته، لا يعير اهتمامًا إلى أجزاء من المعلومات.

ومع هذا كله، قد يكون هذا الخليط الطريف والمتحيز المقاربة الأقرب لدينا إلى خزينة المعلومات الثرية التي لا تنضب، والتي تستقر في الذهن البشري وتحدد إلى حد كبير سلوك الإنسان»[1].

(1) Kety, 1960, p1867-1869.

يمكن أن تقرأ هذه الحكاية من زوايا مختلفة، حيث كان كيتي يحاول أن يقنع زملاءه البيولوجيين والمحللين النفسيين بأن عليهم أن يكونوا متواضعين ومنفتحين. إنها رسالة مهمة ولكن علاوة على ذلك، بدا أنه يضفي على حكايته معنى كأنها درس ذو وجه تعددي.

إن عنوان المقال الذي ينضوي تحته سرد حكايته هو «إن حقول المعرفة العديدة تساهم في فهم السلوك البشري كل منها بمزايا وحدود مميزة». وهو التعريف الجيد للفظ «التعددية». وكلام كيتي الخاص هو التالي: «كنت أريد ببساطة أن أشير بأننا لا نصير دائمًا الأقرب إلى الحقيقة بما أننا نهرم ونجنس ونعزل. إن ما نظفر به بالدقة والسيطرة الصارمة للمتغيرات نخسره أحيانًا في العلاقة بالوظيفة العادية، وفي حالة وجود أمراض أو مشكلات معينة، فإن العملية الأساسية في الغالب قد تضيع في عملية القطع».

ولكن هذه ليست حكاية بسيطة عن حدود العلم والبيولوجيا وعن الحاجة إلى الانشغال قلبًا وقالبًا في عقيدة التحليل النفسي، أو أي شكل من أشكال العقيدة السيكو اجتماعية (كذلك النموذج البيوسيكو اجتماعي). لا أعني بالتعددية شيئًا بسيطًا وغير مثير للجدل. ففي حقيقة الأمر، تمثل التعددية في مبحث الطب النفسي مهمة صعبة ومكلفة، سيجد فيها العديد من القراء شيئًا منفرًا. كما لا أعني كذلك أنها مجرد قبول بآراء مختلفة. إنه الخطأ الانتقائي الذي يمثل حقيقةَ الوضع الراهن في ميدان الطب النفسي. أشعر وأن الخلط الانتقائي هو العائق أمام التقدم أكثر فأكثر، وكتبت هذا الكتاب في جزء منه لأميط اللثام عن هذا المشكل. وتجدر الإشارة، أن الحكاية الرمزية لـ كيتي تعد حكاية ذات منظور تعددي ترمي إلى الإطاحة بـ«الانتقائية» والدوغمائية.

لم يكن بالإمكان أن يطرق كتاب كيتي من قبل مقاربة واحدة متاحة لقاطني هذا الكوكب حيث ظهر هذا الكتاب. حتى أروع المقاربات البيولوجية وأحسن مقاربات التحليل النفسي فشلت في فك شفرة هذا الكتاب. ولكن الجواب هو مجرد القول بأن كل المقاربات لها نفس القيمة. كما في الخطأ الانتقائي، هناك جوابان. فيعد الجواب الأول المحاولة لإيجاد طريقة واحدة من شأنها أن تسمح لك بحل

المشكلة. إن الإجابة بسيطة على مستوى واحد: اقرأ الكتاب، لا تقسمه إلى مكوناته البيوكيميائية. لا تخضعه تحت مقاربة التحليل النفسي؛ قم بقراءته. وهذا لا يعني أن التحليل البيوكيميائي أو مقاربات التحليل النفسي في مقامات أخرى قد لا تكون أفضل الطرق للاستعمال. في هذا المقام، نحتاج إلى إيجاد الطريقة المثلى لتناول هذه المشكلة. نحتاج ببساطة أن نقرأ الكتاب. فإيجاد المنهج الصحيح للمشكل الصريح هو المهمة الصعبة ومطلب التعددية. إن هذا المظهر للتعددية، بالتعريف الثاني لها، مختلف عن التعريف الأول لـ كيتي. لا يمكن للمرء أن يزعم بأن المشكلة عويصة عن الحل. فكثيرًا ما يكون منهج واحد كفيلًا بحل المشكل. وإذا ما برهن منهج واحد بأنه أعلى قيمة من المناهج الأخرى، يكون آنذاك المنهج المفضل. إذ لم تخلق المناهج متساويةً. وهدف الخطأ الانتقائي هو جعل وهم المساواة أمرًا ثابتًا مسبقًا، وبعدها تطبيق منهج ما بكل جوانبه بشكل غير حذر.

ومع ذلك قد يكون الجواب الأول غير متاح. فقد يكون قابلًا للبرهنة تجريبيًا بأن منهجًا لوحده يحل المشكل كما في حكاية كيتي الرمزية. وعلى هذا النحو ضبط كيتي حكايته. فأخبرنا قائلًا: «إذا ما سلمنا بأنه من المهم أن نتعلم شيئًا عن كتاب بعينه، فهناك حينئذ الحاجة إلى تقنية التي تستطيع أن تقرأه بأكمله. لم تظهر هكذا تقنية بعد». وفي ذلك الوضع، بالرغم من أن كل مجهود هو في حاجة بأن يبذل ليتواصل عمل اختراع مثل هذه التقنية، يبقى التعريف الثاني للتعددية الأصلح: «ستبرز الصورة الأصح للجهاز العصبي وللسلوك فقط من خلال دراستها عن طريق عدد من الأنظمة والتقنيات، كل منها بمزاياه وبحدوده الخاصة به»[1].

هذه هي التعددية كما فهمها كارل ياسبرز والمفكرون المنتمون إلى الفترة الحديثة، وهي التي سأقدم تفسيرًا لها في هذا الكتاب. ومع ذلك فهذا ليست انتقائية النموذج البيوسيكو اجتماعي، الذي يخلط بين المناهج والتقنيات والنظم، وليس على دراية بشكل كبير بنقاط قوة وضعف العديد منها، وهو كذلك عرضة بشكل كبير لانحياز الأشخاص الذين يعترفون بإخلاصهم للانتقائية. فعندما لا تعمل تقنية واحدة بشكل جيد بما فيه الكفاية، فهنا تعني التعددية التعرف على التقنيات التي

(1) كيتي 1960.

تعمل بشكل أفضل، عارفين بحدودها ودارسين التقنيات الأخرى التي قد تثبت عملها بطريقة أفضل. وفي ذات الوقت، قد تفرز التقنيات المتعددة المنبثقة عن المقاربات العديدة صورةً شاملةً وأفضل للمشكل قيد الدراسة. لهذا يجب أن تطبق كل تقنية على حدة وبانتباه لا بمزجها مع بقية التقنيات، بل بإدراك حدودها دائمًا.

أوقف أغلب أخصائي الطب السريري والميادين ذات العلاقة التعامل بالدوغمائية نظريًا، وهي العقيدة القائمة على أن طريقة واحدة كافية لجميع المشكلات. إنهم يعترفون بالانتقائية والتي تعد مفهومًا عامًا يقرّ بأن كل المناهج تحتاج بأن تستعمل وفي ذات الوقت منصهرةً مع بعضها البعض على المستوى التطبيقي. هذا ومعظم أخصائي الطب السريري لا يزالون دوغمائيين. إنه أسوأ في بعض الحالات من الوضع السابق لأنهم لا يعترفون بكونهم دوغمائيين. تسعى التعددية إلى اجتثاث الدوغمائية من جذورها تطبيقيًا ونظريًا بينما تفسح المجال لنجاعة المنهج الواحد لبعض لا لكل المشكلات. فالتعددية مقاربة معقدة وصعبة لفهم العقل والمرض العقلي. لم يتدبر أخصائيو الطب السريري أغلبهم هذه المقاربة ولم يفهمونها البتة. وتذكرنا حكاية كيتي المثلية كيف أنه من المهم أن نتقدم في فهم التعددية في علاقتها بالسلوك البشري.

يتمثل هدفي في توفير سياق لهذه القضايا في فهمنا للطب النفسي والمرض العقلي، إضافة إلى المحاولة لرسم معالم مستقبل لا دوغمائي ولا انتقائي لأجلنا جميعًا.

بالرغم من أنني سأستعمل لفظ: «فلسفة» في هذا الكتاب، فإني آمل بأن لا يربك القارئ. دعوني أفسر لهؤلاء الحساسين تجاه هذا المصطلح، إن ما أعنيه بالفلسفة لا أعني بها نظم الفكر الميتافيزيقية التي تستوجب الكثير من القراءة، والتي تخلف الكثير من آلام الرأس. فيشعر المرء بظلال سقراط تطاردنا بالمحاورات وبأحلام العقل لأفلاطون وبخطابات سقراط المطولة دون ذكر التأملات المكلفة لكانط وهيغل والبقية. فعلى القارئ أن يتبع قراءته بالرغم من أنه قد يقع بصره على هذه الأسماء في هذا الكتاب، لكن لن يلازموها. وعليه، الفلسفة التي أستعملها هنا هي ليست من هذا النوع أساسًا.

أعني ببساطة بالفلسفة التفكير باجتهاد بالغ. أعني بما قصده وليام جيمس عندما قال بأن الفلسفة تتضمن «جهدًا عسيرًا غير اعتيادي للتفكير بوضوح»[1] . في حقيقة الأمر، لا يدرك العديد من الناس غير الفلاسفة كم هو بعيد مأتى الفلاسفة المعاصرين من زمان الميتافيزيقا القديمة. من الممكن أن تنقسم الفلسفة الأكاديمية الحالية إلى فريقين رئيسين اثنين، فالفريق الأول والذي أطلق عليه اسم التحليلي هو السائد في البلدان الأنجلو أميركية. ومن مفكريه الرئيسيين نجد برتراند راسل و و.ف. أكوين. يعارض الفلاسفة المحللون بشدة النظم الميتافيزيقية الكلاسيكية في الفلسفة. إن المهمة الرئيسية للفلسفة في نظرهم هي توضيح ما نقصده حينما نستعمل كلمات معينة سواءً في الكلام العام أو في محاجة فلسفية معقدة. وأكثر من ذلك كله، يركز الفلاسفة المحللون على أهمية الشكل المنطقي للحجة ليس مجرد محتواها (يعتبرون أن المنطق أكثر أهمية من المضمون، لأنه لو لم يكن انسياب الفكرة غير منطقي، يصبح عندها المضمون غير متصل بالفكرة). وبالتالي، ركز معظم عمل الفلسفة التحليلية على دراسات المنطق (في الغالب رياضية) واللغة. يميل هؤلاء الفلاسفة إلى كونهم جد متجانسين مع العلوم الحديثة، ولا تعدّ هذه المقاربة للفلسفة على الإطلاق متعارضةً أو غير متصلة بالمقاربة العلمية لأي حقل من حقول المعرفة، ومن بينها الطب النفسي.

ويمثل الفريق الثاني من الفلاسفة اليوم المدرسة الفنومونولوجية في غالب الأمر، حيث يبدو أنهم السائدون في أوروبا خاصة في فرنسا وألمانيا، ومن بين أشهر زعماء هذه المقاربة إدموند هاسرل ومارتين هايدغر وجون بول سارتر. لا يرتكز اهتمام هؤلاء على اللغة والمنطق بقدر ما يركزون على تجربة الإنسان كما تُفهم من خلال الحدس والمشاعر. وينزع هذا الفريق إلى الانشغال بالنظريات المعقدة التي تذكرنا بالميتافيزيقا التقليدية. ولكن خلافًا لأسلافهم، يميل هؤلاء الفلاسفة إلى الإطاحة بالعقل والتركيز على الأحاسيس والحدس. إضافة إلى ذلك، تتطابق هذه المقاربة في معظم جوانبها مع مشارب الوجودية وأنماط الحداثة المغايرة، كما تجهر بالتعارض مع العلم الحديث، وتصرح بتعاطفها مع الإنسانيات.

---

(1) انظر: كتاب لويس، 1967.

تكمن غالب مجهوداتي في هذا الكتاب في المذهب التحليلي. أركز على منطق ما نقوم به في مبحث الطب النفسي وعلى معنى اللغة التي نستعملها. كما أستخدم بعض الأفكار المشتقة عن المدرسة الفنومونولوجية بما أن هذه المقاربة تمنح قبسات مفيدة لفهم المرض العقلي والطب النفسي، مركزةً على المشاعر والتجربة. ومع ذلك وبقيامي بهذا، لا أزال أطبق منهجًا تحليليًا على تلك الأفكار الفنومونولوجية. كما أقوم بفحص منطقها ومعانيها.

وبالتالي، أطلب من هؤلاء الذين يبدون احتراسهم من الفلسفة أن يتابعوا القراءة لأن كل ما أحاول فعله هو أن أنهمك في جهد جهيد للتفكير في شأن العقل والدماغ والمرض العقلي بشكل واضح. قمت بكتابة هذا الكتاب لأدفع أخصائيي الطب النفسي وخبراء الصحة العقلية للتفكير فيما أقوم به، ولأعين كل فرد على الفهم أكثر مما يقوم به الأطباء النفسيون، وأخصائيو الصحة العقلية.

إن معظم أخصائيي الطب السريري هم أناس عمليون، لا يقومون بالتنظير بقدر ما يعيشون في عالم المحسوسات. إن همهم هو المريض الفردي بكل مميزاته الخاصة به. إن أفضل أطباء العلاج السريري خاصة عندما يمارسون العلاج النفسي يجرون الفحص الطبي بالحدس.

وإذا ما سألهم أحد عن سبب قولهم شيئًا معينًا لمريض في وقت معين عند المعالجة أو لماذا قرروا أن يفعلوا شيئًا بعينه عند العلاج، نادرًا ما يستطيع هؤلاء أخصائيو الطب السريري المميزين أن يبوحوا ببيان واضح عن سبب ما يقومون به. إنهم غامضون حتى تجاه طلبتهم المتقدمين في التعلم بصورة أكبر، وبدرجة أقل تجاه مرضاهم أو الرأي العام لأنهم يعملون أساسًا بالفطرة.

إن هذا لجيد جدًا، بيدَ أن الفطرة قد تكون على خطأ كما يمكن أن تكون على صواب. في النهاية نريد أن نكون قادرين على التواصل فيما بيننا، بين الزملاء والطلبة والمرضى وعامة الناس. ما الذي نفكر فيه ونفعله في فهمنا للمرض العقلي ومعالجته ولماذا؟ هذه هي الأسئلة المطروحة في هذا الكتاب.

وبناءً على هذا كله، إن هدفي الأساسي هو أن أستكشف القاعدة المفهومية

لفهم المرض العقلي ومعالجته. بدايةً، أنشغل بضرب معين من التفلسف، ولكن فقط كوسيلة لأوضح المفاهيم. هذه ليست فلسفة في معناها القائم على المناهج الكبرى أو النظريات وبما أن هذا الكتاب هو حول المرض العقلي، فإنه يتضمن في جزء كبير منه المسائل التطبيقية: العلاج النفسي، علم صناعة الأدوية الخاصة بالمرض النفسي، معالجة المرضى وتشخيص الأمراض. ولكن يعالج هذا الكتاب هذه المسائل التطبيقية من وجهة النظر الخاصة بالكيفية التي نفهمها من خلالها بشكل مفهومي. ما الذي نعنيه عندما نقول إن شخصًا لديه تشخيص يتمثل في كذا وكذا؟ ولم نقم بعلاج هذا الشخص بالأدوية وآخر بالعلاج النفسي؟ وما الذي نقصده عندما نصرح بأن نفس أحدهم مصابةٌ في وضعية معينة؟

يعكس هذا الكتاب التعليم الذاتي الخاص بي كطبيب نفساني مهتم كذلك بالفلسفة. إنها محاولتي لفهم ما أنا بصدد القيام به. أرجو أن يجد كل من الأطباء النفسانيين والفلاسفة أجزاءً منه على الأقل جديرة بالاهتمام.

كما أرجو أيضًا أن يثبت اهتمامًا لدى الآخرين: الأطباء المقيمين في الطب النفسي وعلماء النفس ومحترفو العمل الاجتماعي وطلبتهم، وطلبة الطب والمرضى المصابون بالأمراض العقلية وعائلاتهم والعديدون الذين أعرف أنهم تواقون لتوجيهٍ حول موضوع لا يعدُ حسب رأيهم أن يكون شيئًا سوى أكاديمي. هذا وأرجو أن يرى هؤلاء الأشخاص هذا الكتاب وسيلةً تنظم تفكيرنا حول العقل وكيف نفهمه ونعالجه.

يتمثل الجزء الأول قسمًا في النظرية، حيث يتركز اهتمامه بصفة مباشرة على التحليل النفسي لمفاهيم الطب النفسي، من هنا أبدأ بنقاش النظريات المتواترة في الطب النفسي والمهام المتعلقة بالصحة العقلية والتي أصفها بالدوغمائية والانتقائية والتعددية والمنزع الاندماجي للمقاربات (فصل1). إضافة إلى ذلك، أركز على أخطاء الانتقائية وعلى أفكار التعددية والاندماجية. وبعدها أعود إلى حقيقة الطب النفسي: مع أي نوع من الهويات يتفاعل خبراء الصحة العقلية (فصل2)؟ ثم أناقش كيف أننا نعرف شيئًا حول حقيقة الطب النفسي، كيف لنا أن نعرف شيئًا ما حول عقل أحد ما في حالات المرض العقلي (فصل3)؟ كما يرمي هذا القسم إلى تقديم

منهج علمي يتلاءم مع أوضاع الطب النفسي (فصل4 7). وأخيرًا أضع أخلاقيات مهن الصحة العقلية تحت المجهر: أي نوع من الأحكام القيمية المتأصلة في ممارستنا (فصل 8 و9)؟

أما الجزء الثاني فهو يخاطب تطبيق الطب النفسي ومهن الصحة العقلية ذات العلاقة، محاولًا فهم ما نحن بصدد القيام به كأطباء ممارسين. إنني أمعن النظر في مفارقات تصنيف الأمراض المتعلقة بالطب النفسي (فصل10 13 طبيعة المرض العقلي وإجراءات التشخيص) والاضطرابات العقلية (فصل14 17: الكآبة، المس، الهواس، التبصر) والعلاج (فصل18 22: فضل العلاج النفسي والفارماكولوجيا النفسية وحدودهما).

وأسعى في الجزء الثالث إلى إيجاز المواضيع التي عولجت في هذا الكتاب. هذا وأعيد دراسة نقاط ضعف الانتقائية ثانيةً، وأقترح الكيفية التي يمكن أن نفهم من خلالها بشكل أفضل تشخيص الأمراض العقلية ومعالجتها بطريقة تعددية.

وما يمكنني إلا أن أرجع صدى كارل ياسبرز من أجل الطريقة التي آمل بها أن يفهم القرّاء هذا الكتاب:

أريد من كتابي أن يعطي القارئ تعلمًا واسع النطاق في مبحث الاضطرابات التي تصيب عقل الإنسان. إنه لمن الأيسر أن يتعلم الوصفات الطبية والمصطلحات التقنية وأن يمتلك الإجابة عن كل شيء. إن على الموقف المثقف أن ينمو ببطء من فهم الحدود (حدود المباحث الأخرى) من داخل المعرفة المميزة جدًا. إنها تكمن في القدرة على التفكير بصفة موضوعية في أي اتجاه. فالموقف المثقف في مبحث الطب النفسي يعتمد على تجربتنا وعلى استعمالنا المتواصل لقوة ملاحظتنا ـ ولا يمكن لكتاب أن يمدنا بذلك ـ بل يُعتمد كذلك على وضوح المفاهيم التي تستعملها وعلى درجة اتساع وحدة فهمنا، وهذه الأخيرة هي التي أرجو أن يعززها كتابي هذا[1].

(1) كارل ياسبرز، 1997، ص50.

شكر وعرفان

يمثل هذا الكتاب جوهرًا تعليميًا، يدمج الموضوعات التي أثارت اهتمامي بما أنني تقدمت في العمر، وهكذا يعدّ هذا المشروع جهد سنوات ونشاطات عديدة، وطوال مسار كتابته، أدركت عدد الأناس الذين ساعدوني طوال الطريق، وتشوفت إلى شكرهم والاعتراف بمساهمتهم جهارًا.

بادئ ذي بدء، أنا مدين لوالدي كمال قائمي، جراح أعصاب وطبيب الأمراض العصبية وهو خبير كذلك في الإنسانيات، وذلك لزرعه حب التعلّم في داخلي. قد أصبح ما ورثته عن أبي ميزة موجهة لحياتي. فأولًا، أطلعني أبي على عجائب العقل والذهن والأعجوبة الغامرة التي من الممكن أن نفهم عبرها هذه العجائب. وعلمني أيضًا أهمية العلم بالإضافة إلى صلة الفلسفة الوثيقة بشتى المباحث. وقبل كل شيء، أرشدني ليس إلى علم الحياة فحسب، وإنما إلى فن العيش أيضًا. تمتد معرفته ومهارته من مهنته إلى خلفية في المذهب الاشتراكي ومعرفة عميقة بالأدب الإسلامي والإيراني. ولهذا يعد هذا العمل نتيجة لجهوده وجهودي على السواء. وأود أيضًا أن أشكر أمي، جيتي كمالي قائمي التي كابدت الكثير من العمل المضني للعناية بعائلتي، وكانت قادرةً على تعليمي الشعر الفارسي في الوقت الذي كانت تغسل فيه الأواني. كما أشكر جدي محمد مهدي كمالي الذي هو بالنسبة لي بمثابة الأب الثاني. كان يمسك بزمام الأمور الصعبة جدًا بطريقته الحكيمة مشرفًا على إدارة بشركة لمدة ستة عقود في بلدة يسودها الاضطراب. وبطريقة أو بأخرى، يمثل بالنسبة لي تجسيدًا حيًا للقيم الفاضلة في ميدان العمل. عندما غادرت لأول مرة بلدي الأم فيرجينيا وجدت عائلة جديدة من الأساتذة في بوسطن. والأفضل من بين هؤلاء بلا منازع هو ليستن هافنس الذي يمثل في كل من طيب خاطره للالتقاء بي وأعماله المكتوبة، مصدرًا للتوجيه لا يقدر بثمن. لقد غذى هذا الكتاب أكثر من أي

شخص آخر ضمن نطاق جهدي وساعد بصفة مباشرة على أن يصبح جهدي يانعًا، إذ التقينا العديد من المرات قبل كتابته وفي مسار إتمامه. لن أنسى أبدًا نصيحته الرائعة عندما كنت أتصارع مع كيفية القيام بتخطيط المؤلّف الذي لم يطبع بعد: ابدأ بكتابته وحسب، هذا ما قاله لي، ثم سنبدأ من هناك. إضافة إلى ذلك، قدم إدوارد هاندرت خدمةً من خلال دوره القيادي، إذ استطاع أن يشتغل بجدية بكل من الفلسفة ومبحث الطب النفسي وكان لي شرف الاتصال به بصفته مدير إقامة مساعد، وبالتالي أدركت أنني باستطاعتي حقيقةً أن أتابع اهتمامي بالفلسفة والطب النفسي في وقت واحد. كان دانيال دينت الفيلسوف الذي رحب بي في القسم من أقسام الجامعة تحت إشرافه وأراني كم هي منفتحة وخلّاقة وممتعة الفلسفة الحديثة. لقد فتح لي صحبة زملائه بجامعة تافتس خاصة ستيفن وايت وجورج سميث ومارك ريتشارد وجودي أزوني، وجاف ماكونال ونورمن دانيالز أبوابًا جديدةً للتعلم في مجال الفلسفة التحليلية الحديثة. وفروا لي الأدوات البيداغوجية التي لا أمتلكها وأنا جد شاكر لتوجيههم. كما وجدت الرفقة ومجموعة أخرى من المدرسين والزملاء في «الجمعية المتقدمة للفلسفة والطب النفسي». وما لبثوا أن رحبوا بي بدورهم في زمرتهم بصفة مقيم في مبحث الطب النفسي. غذى هؤلاء الفلاسفة وأطباء النفس اهتماماتي وساعدوا على توسيع نطاق انشغالي بهذه الأفكار المهمة. والأول من بين هؤلاء جنيفر رادن مديرة فرع بوسطن ورئيسة الجمعية العامة. كان ميشال شوارتز وجون سادلر أيضًا جد معينين. كما علي أن أشكر أعضاء فرع بوسطن الآخرين التي كانت لقاءاتهم الشهرية ثريةً بالنسبة لي. وأوجه شكري بالخصوص إلى مارشال فالشتين لتوقده، ووضوح تفكيره اللذين أعجبت بهما. لقد قبلني أعضاء جمعية كارل ياسبرز بأميركا الشمالية وعلموني أكثر حول المفكر الفذ بطريقة غيرت بصفة كبيرة تفكيري في مبحث الطب النفسي. ومن بين الفلاسفة في هذا الفريق كان جريجوري ولترز بصفة مميزة الزميل الرائع. كما درسني ليونار ايرلتش وجورج بوبر شخصيًا وأفاداني إفادة رائعة.

كما أود أن أشكر فريدريك جودوين الذي كان بالنسبة لي الناصح المخلص والمثالي في ميدان الطب النفسي. كان فريد التأثير والمحترف الوحيد الأعمق في نفسي، كما أضمر له الكثير لمساعدته في تغذية وتعزيز سيرتي الأكاديمية. أعانني

كذلك على إبقاء اهتمامي بالجوانب المفهومية للطب النفسي حيًا، بما أننا كلينا انشغلنا بالبحث المتعلق بعلم الفارماكولوجيا النفسية. قد لعب روس بلدسريني كذلك دورًا مهمًا منذ وقت ليس ببعيد في إبراز مدى قيمة مهمة الاهتمامات بالجوانب المفهومية في مبحث الطب النفسي الحديث وفي الفارماكولوجيا النفسية. كان عمله التاريخي بالنسبة لي حول عصر كرابلين جدًّ مفعم بالإيضاحات. وكان عمل بول ماكاي دائمًا مؤثرًا بالنسبة لي، وفي حوارات متنوعة على مدى السنوات كان يقوم بعمل نموذجي لدور الطبيب النفساني الحديث ذو فضول حول الدعامات المفهومية لمبحثنا. كان خاصة معينًا في إقناع مكتبة جامعة جونز هوبكنز لتلقي نظرةً على المسودة الأولى لهذا المؤلف قبل أن يطبع، ولتلك المساعدة أنا شاكرٌ له. كما أود كذلك أن أشكر ويندي هارس لقبوله هذا المؤلف ولمساعدته لي في العمل على تنظيم معًا. كان صديقي المقرب وزميلي بالإقامة جود هارد أوبن الرفيق الرائع دائمًا في اهتماماتي الفلسفية الطبية حيث ساعدني في مراجعة فصول من هذا الكتاب، كما فعل جنيفير رادن وسكوت واترمان ولستون هافنس. أشكر أيضًا سكوت والترمان على دعوته لي ليمنحني جولةً عظيمةً بجامعة فيرمونت تقريبًا مع نهاية مرحلة إحضار الكتاب، وهي التجربة التي أعانتني لأوضح بعض المسائل فيما يتصل بالتعددية. كانت نقاشاتي مع سكوت معينةً أيضًا في استحضار منظور آخر من أحد من داخل مبحث الطب النفسي، والذي كان يتصارع مع العديد من الموضوعات ذاتها. قام بول روزان بقراءة أجزاء من المؤلف وساعدني على التفكير في بعض هذه الأفكار. واستفدت من صحبته فكريًا أيما استفادة. كان ديفيد هيلي أيضًا سمحًا مع وقته في مناقشته لبعض من أفكاره التي وجدتها جدًّ محفزة. مرر جوشيا شانك، الذي هو بصدد العمل على كتاب حول ميلانخوليا لينكون، أفكارًا مثمرة حول الكآبة. شاركني زميلي ديفيد براندل، وهو طبيب نفسي نادر ودكتور متمرس في الفلسفة، في تدريس درس في مفاهيم الطب النفسي في اجتماع عام 2002م للجمعية الأميركية للطب النفسي، الشيء الذي ساعدني على شحذ معالم هذا الكتاب. لقد شجعني كذلك ديفيد دانكان وجاد بتجربته ككاتب في الأطوار الأخيرة من إعدادي لهذا الكتاب.

لاحظ وليام أوسلر ذات مرة أن أساتذة طبيب ما، هم بمثابة أباء له. وبالتالي أكون مهملًا إن لم أشكر ناصحيي المخلصين بكلية الطب بفيرجينيا وأقدر فضلهم. كان جون جيليام أول أساتذتي بأجنحة المستشفى، وقام غوستافو كوريتجر، الذي عالج إدمان المخدرات بمستشفى «إدارة الجند» بمداواة أشرف عليها فريق من الفلاسفة. وبهذا اطّلعت على وثاقة ضلة الفلسفة الطبية بالطب النفسي. قدم كينيث كاندرل غيفزلي أولًا عجائب البحث الطبي النفسي ولا يزال عملهما مثالًا رائعًا للذائقة النقدية بالنسبة لي. وفي حقيقة الأمر تعلمت لأمارس الطب النفسي خلال فترة إقامتي على يد أخصائيين رائعين في الطب السريري، ومؤطرين بمستشفى ماكلين خارج بوسطن وهم ستيفن ستبر نباخ وجيفري جيلبارت والكر شيلدز، واوندرو ستول وهارسون ج.بوب ج وجونتان كول وجون جاندسرين وألكسندر فاكوفيتش وج.شوارتز. أشكر كل واحد منهم وأشعر بكوني محظوظًا جدًا لأتعلم في هذا المجال المعقد في جماعة من هكذا أساتذة مميزين. كما أشكر كذلك، في سنوات الزمالة بالمستشفى العام بماساشوستس، جاري ساش وأندرو تيرنبورغ وموريزيو فافا، لدفعي أكثر في مجالات اضطراب المزاج والبحث الطبي.

أقرّ أيضًا بفضل مدير قسم الطب النفسي بمستشفى كامبريدج الذي أبدى اهتمامًا منقطع النظير بعملي والذي ساندني قسمه نفسيًا وعمليًا خلال المراحل الأخيرة من إتمام هذا الكتاب. كما أقدم شكري لمساعدي في البحث لمدة ثلاث سنوات الماضية جيمس كو، ودوج هسو، وكلارا روزنكويست، والذين سمحت أشغالهم اليومية لي بأن أجد الوقت للعمل على هذا المشروع والذين يصغون إلى أفكاري وهي تتطور.

بدأت هذا الكتاب بعد فترة قصيرة من زواجي بهيذر الزوجة التي لم تساعدني فقط في التفكير في بعض الأفكار، ولكن التي احتملت أيضًا انشغالي به. وليس من محض الصدفة أن أبدأ هذا الكتاب وأنهيه، وهو الذي كان يهيج بداخلي لفترة طويلة جدًا، إلا بعدما أصبحت شريكة حياتي. وقبل أن ينشأ هذا الكتاب بثلاث سنوات انضمت إلينا ابنتي فالنتاين وهي تستحق كذلك الثناء على عيشها مع مشاغل أبيها. كانت هي الأخرى مصدر إلهام نائمةً كانت بجانبي أم

مخلفةً وقع خطاها المطرب في الردهة.

اتخذت أجزاء الفصل 14 من س.ن. قائمي «مقاربة تجريبية لفهم خداع» الفلسفة، الطب النفسي، وعلم النفس 6 (1999): 21 24. استمدت أجزاء الفصل 15و17 من س.ن. قائمي «الكآبة: التبصر، الوهم، والأدوية النفسية للمواقف الخلقية الصارمة»، الفلسفة، الطب النفسي، وعلم النفس 6 (1999): 287 294. كما اتخذت أجزاء الفصل 17 من س.ن .قائمي «التبصر والاضطرابات النفسية الطبية: مراجعة للأدبيات مع التركيز على صلتها العلاجية للاضطراب الثنائي القطب» الحوليات المتعلقة بالطب النفسي 27 (1997): 782 790. هذا واقتبست أجزاء الفصل 19 من س.ن. قائمي «كل المساوئ للغرباء: خلفية مفهومية وتاريخية لعلم الصيدلة المتعدد الجوانب في مبحث الطب النفسي»، في علم الصيدلة المتعدد الجوانب في الطب النفسي. (نيويورك: داكير، 2002). وأخيرًا اتخذت أجزاء الفصل 21 من س.ن. قائمي، «إعادة اكتشاف العلاج النفسي الوجودي» المجلة الأميركية للطب النفسي 55 (2001: 51 64).

الجزء الأول

النظرية
فيما يفكر أخصائيو الطب السريري (الإكلينيكيون) وما سبب ذلك

على الطبيب النفسي أن يتأمل في علاقة العقل والجسد وحله للمشاكل العلاجية التي يعاني منها كل مريض يتفحصه، حيث يجب أن يعد نفسه للأسئلة المتعلقة بالقيمة كلما كان عليه أن يقرر ما إذا أصبح المريض معافى بعدما كان مريضًا، أو ما إذا كان اضطراب معين للنشاط الذهني يمثل علامة مرض؟ فإذا كان متأملًا كليًا، يجب أن يختبر فاعلية المعرفة الإنسانية وحدودها المستفادة من خلال الوسائل التي يعتمد عليها لفهم نفسه ولفهم مرضاه، في الوقت الذي يدرك فيه كم مخدوعين هؤلاء المرضى عندما يعتمدون على هكذا وسائل للمعرفة. وفي نهاية الأمر، تعد مشكلة السببية توجهًا محكمًا يبيّن أن حتى الطبيب النفسي الأقل تجربة على وعي بصعوبة خدمة الصالح العام. وعليه فالطبيب النفسي تجابهه، شاء ذلك أم لم يشأ، العديد من المسائل الجوهرية للفلسفة.

أوبري لويس، 1967م

الفصل الأول

الوضع الراهن
الدوغمائية والنموذج البيوسيكو اجتماعي
والبدائل الممكنة

هذه هي الأيام التي يسعى فيها رجال الأوساط الاجتماعية وكل الأطياف السياسية إلى ما ترتاح إليه النفس وما تقبله... وفي تغيير طفيف في القصة الرمزية المقدسة، رقيق النفس يقود مثيله.

جون كنيث جالبيرت، 1958م

(1)

ما الذي نقوم به في مبحث الطب النفسي ولماذا؟ لا يطرح هذا السؤال في غالب الأحيان بما فيه الكفاية، فهناك الكثير مما يسلم به. فعلى المستوى القاعدي، يقوم الأطباء النفسيون بأحد شيئين اثنين. الأول أن يكون نشاطًا واحدًا في الغالب مضمن تحت عنوان: **العلاج النفسي**. وفي نشاطاته الخارجية، يتألف العلاج النفسي من لقاءات رسمية عادةً كل أسبوع لمدة ساعة على مدى فترة طويلة من الزمن (عادةً ستة أشهر أو أكثر). إن هذه الخصائص الخارجية مهمة لأن هذا الاتصال المباشر المطول والمنظم يسمح بتطوير ما يحدث في العلاج النفسي الرسمي. بالإضافة إلى ذلك، يتضمن مضمون الاستماع والتحدث، ولكن بالإمكان الإلمام بالاستماع والتحدث عن طريق مناهج أو تقنيات معينة (مقاربات تحليلية نفسية مختلفة، مناهج مرتبطة بالفكر الوجودي، تقنيات معرفية سلوكية، ... إلخ). والمهم كذلك هو أن

الاتصال المنظم والرسمي يجيز لهذا الحوار أن يقودنا إلى نتائج علاجية مفيدة. وقد يحدث مثل هذا التبادل الذي تعرضه أحيانًا تقنيات مخصوصة خارج فضاء العلاج النفسي الرسمي. وفي الطب العام، قد يكون أحد مكونات «حالة سريرية» معتبرة. وفي الطب النفسي العام، هو وثيق الصلة كذلك بالممارسة الفضلى للفارماكولوجيا النفسية. على أية حال، لا يوجد شك بأن العلاج النفسي الرسمي أحد مظاهر الطب النفسي المهمة.

إن الجزء الآخر المهم المتعلق بالطب النفسي هو الفارماكولوجيا النفسية أو إعطاء الأدوية. ويمكن أن تفهم هذه الفارماكولوجيا بطرق مختلفة. يمكن أن تعطى الأدوية بشكل عشوائي: كأدوية متعددة تستعمل لأغراض متعددة، أو تعطى بشكل حذر لأدوية تستعمل على نحو أقل. فقد يكون في نية المتخصص في الفارماكولوجيا أنه مرتكز على دليل، مركزًا على جملة المعلومات التقنية المأخوذة من الدراسات، أو مرتكز على التجربة القائمة على ملاحظاته الخاصة. كما يمكن أن يكون مرتكزًا على التشخيص مستعملًا أدوية للتشخيص وللعلامات الدالة على وجود مرض ما، أو يمكن أن يكون مرتكزًا على أعراض المرض. وتجدر الإشارة إلى أنه يستطيع أن يعتبر نشاطه أساسًا للطب النفسي كمعالج لأمراض حقيقية أو يراه ثانويًا يتعامل مع الأعراض بشكل سطحي والتي تعالج بكيفية أكثر عمقًا بواسطة العلاج النفسي. وأخيرًا، وفي عصر العناية المركزة يعتبر الفارماكولوجي النفسي مجرد قائم بـ «مراجعات طبية» كنعت سلبي يحط من دوره. وشخصيًا أنا لست على بينة كيف ظهر هذا اللفظ أو ماذا يعني بالضبط؟ ولكن في الحيز التطبيقي يبدو أنه يضمن معنى أن الفارماكولوجيا النفسية هي مجرد عملية تشتمل على تسمية الأدوية ومراجعة المقادير والآثار الجانبية، ومراجعة الأعراض ذات العلاقة والقيام بالضوابط الممكنة. وفي العديد من الفضاءات ذات العناية المركزة تخصص من خمس عشرة إلى عشرين دقيقة لمثل هذه المراجعات، كأن تلائم وضعها السطحي. هذا ويفترض الأمر أن يقصى العلاج النفسي تمامًا من المراجعات الطبية.

توجد هذه الثنائية المتضادة دائمًا في الطب النفسي، الفصل بين مقاربة نفسية بالأساس ومقاربة بيولوجية بالأصل، أو كما يظهر اليوم في التطبيق، بين العلاج

النفسي والفارماكولوجيا النفسية. ولكن هذا الفصل تفاقم بتأثيرات العلاج المركزة ويتجسد الآن بأداء المراجعات الطبية من قبل الأطباء النفسيين والعلاج النفسي من طرف خبراء الصحة العقلية. ركز العمل الأخير على هذه الثنائية كوضع راهن في الطب النفسي المعاصر[1] أعتقد أن معظم الخبراء في الصحة العقلية منتصرون لمقاربة أو لأخرى. هذا ما أؤكد عليه في حيز التطبيق لأنه وكما أقررت أغلب الأطباء النفسيين وأخصائي الطب السريري للصحة العقلية لا يسألون أنفسهم ما الذي يقومون به، ولماذا يقومون به؟ كما أنهم يسلمون أصلًا بأن مقاربتهم ممارسةً - بيولوجية كانت أو نفسية اجتماعية - ، ملائمة لمرضاهم. وبعملهم هذا هم دوغمائيون، مسمى ازدرائي من حق أي أحد أن ينكره. ولكن بـالدوغمائي أعني فقط أن هؤلاء الأطباء المختصين في الطب السريري لديهم مقاربة للطب النفسي، والتي تعد أحادية الجانب، مركزين على الاعتقاد بأن مقاربة واحدة للميدان هي نوعًا ما كافية لتفسر معظم ما يلاحظونه وما يقومون به. فهم مؤمنون بالمقاربة الواحدة ومخطئون في ذلك، وهو ما أعنيه بالدوغمائيين، لأنهم لا يعون بحدود وطبيعة مقاربتهم في جزء منها.

عندما تعرض هذه الصورة، فكل واحد في الغالب سينكر كونه دوغمائيًا. وسوف يدافع البعض عن مذهبهم التوحيدي جهارًا، أمثال بعض المحللين النفسيين الذين يعتقدون أن آراءهم أساسًا على صواب وآراء غيرهم على خطأ، غير أن الأغلبية سينكرون أنهم يتمسكون بآراء أحادية النزعة أو دوغمائية. وعندما ينكرون الدوغمائية، يعود معظم أخصائيي الطب السريري إلى أنواع من الانتقائية كتعريف خاص بهم. بالانتقائية، والتي أناقشها بتفصيل أكبر مؤخرًا، هم يرمون أساسًا بالمعنى على أنهم لا يملكون رأيًا واحدًا حول ما يعرف بالطب النفسي حق التعريف. أو يجزمون باللاأدرية ويعني هذا أنهم يدعون بأنهم لا يدرون إن كانت مقاربةً ما أفضل من الأخرى. وإن دفعهم الأمر إلى ذلك فسيتخذ معظم أخصائي الطب السريري ملجأ في النموذج البيوسيكو اجتماعي، والذي أعني به العديد من الأشياء التي أعتقد أنها تعكس عادةً انتقائيةً فضفاضةً.

(1) لارمان، 2000.

يمثل هذا الكرّ والفرّ بين الدوغمائية والانتقائية الوضع الراهن المفهومي الأساسي للطب النفسي اليوم أكثر من كونه كما أعتقد، ثنائية سطحية بين المقاربات البيولوجية والمقاربات السيكو اجتماعية. فالنموذج البيوسيكو اجتماعي، كما يستعمل الآن في الطب النفسي غير ملائم، وعليه يعدّ الوضع الراهن غير صحي.

(2)

ينشأ أصل النموذج البيوسيكو اجتماعي في مصدرين تاريخيين اثنين في الطب النفسي. فالأول هو «البيولوجيا النفسية» لأدولف ماير (ماير 1948). كان ماير، الرئيس السويسري المؤسس لقسم جونز هوبكنز للطب النفسي لمدة عقود، عميد الطب النفسي الأميركي للقرن العشرين في معظمه خاصة في الحقبة ما بين العشرينيات والستينيات. استعمل علم تصنيف الأمراض وتبويبها، وصنف الدليل التشخيصي والإحصائي: الطبعة الثانية التي أسست عام 1968م أفكار ماير كقاعدة أساسية له. كان ماير متأثرًا بشكل كبير بالمدرسة البراغماتية الأميركية للفكر. وفي الحقيقة وإن لم يكن معترفًا بها بصفة موسعة فإنه عندما عاش ماير في أميركا، كان يتناول العشاء كل أسبوع على مدى مدة من الزمن مع الفيلسوف البراغماتي جون ديوي (152). ولا شك أن الذائقة البراغماتية للثقافة الأميركية أثرت في معارضة ماير للوضع الراهن الكرابليني في بدايات القرن العشرين في الطب النفسي الأوروبي. كما نوقش في بعض التفاصيل في الفصل 11، عارض ماير بشدة مقاربة كرابلين البيولوجية للطب النفسي، وشعر أن نظرية كرابلين كانت بيولوجيةً بامتياز وتجاهل المظاهر السيكو اجتماعية في الطب النفسي كما كان في غاية من التشاؤم. تمثل تذمر منتصري فكر ماير المشترك في أن كرابلين ومدرسته قدما فقط «عدمية علاجية». إذا اعتقد المرء أن الأمراض النفسية هي بالأساس بيولوجية مرتكزةً على عوامل وراثية وأخرى بنيوية لا يمكن تغييرها. عندها بدا لزامًا على المرء أن يتنبأ ببساطة المستقبل دون أية وسيلة لتغييره. لم يكن ذلك ملائمًا بالنسبة لماير المسلم بالمظاهر البيولوجية للأمراض النفسية، إذ إنه كان مهتمًا بالأساس بالأسس العملية لتلك المظاهر، وقبل كل شيء بالسيكو اجتماعية منها التي بالإمكان أن تتغير.

دراسة علم النفس يجب أن ترتبط بوقوع الحوادث، حيث نقوم بدراسة وقوعها والظروف التي صاحبتها إضافة للطرق التي يمكن أن تغيرها[1]...

بصورة تبعث الحزن، نرى أن التجربة الطبية النفسية تعاني من بشاعات حقيقية بأسلوب تنظيمي غير كفيل بحمايتها... ويعد العرض المنظم للحقائق وحده تشخيصًا حقيقيًا... هذا وتحثّ الفكرة الأسطورية حول قيمة تشخيص مرض ما، العديد من الناس على الاعتقاد بأن ورود تشخيص معين يضعهم في موضع لإيجاد حل للشكوك القائمة حول الحالة، ليس بالاستعانة بالحقائق التي بينتها، والتي تأخذ بعين الاعتبار طبيعة هذه الحقائق على ضوء المبادئ المبنية على التجربة وعلى تجارب إكلينيكية لعدد حي من الحالات، بل عن طريق نظام قواعد واستنتاجات لمعنى ماهيات الأمراض الجديدة التي عرفت، بالإضافة إلى تكهناتها وكونها مسمومة بذاتها، أو أنها أصل آخر يعتبر المعتقد ثابتًا بما فيه الكفاية لأغراض عملية...ما نعتمد عليه يجب أن يكون حقائق. حتى لو لم تشكل الحقائق تشخيصًا يجب علينا أن نعتمد على الحقائق[2].

عارض هانس ماير استعمال مفهومي المرض والعلامات الدالة على وجود المرض مثل تلك التي استعملها كرابلين. كما عارض ماير المقاربة القائمة على اعتبار الأوضاع الطبية النفسية كـ«ردود أفعال» لأحداث موجودة في الحياة ولظروف سيكو اجتماعية. كانت البيولوجيا النفسية لماير تعني أن يؤخذ بالاعتقاد السائد في ذلك الوقت حول أهمية البيولوجيا في الطب النفسي حينًا، وفي الوقت ذاته يضع البيولوجيا في مرتبة دنيا لكونها جزءًا من نظرة أشمل للطب النفسي المرتكز على الفرد.

نقوم بدراسة السلوك لا بمجرد كونه وظيفة العقل ووظيفة أعضاء مختلفة من الجسم، ولكن كوظيفة الإنسان الفرد، وبذلك نعني الكائن الحي لا وحدة مقسمة. عندما نرى شخصًا يأكل أو يشرب بكثرة أو بسرعة كبيرة أو يعمل أكثر من طاقته بفترة راحة غير ملائمة، نريد أن نعرف سبب حصول

(1) ماير، ص 144.

(2) ماير، ص 153ـ168.

> **ذلك وكيف نغيره لا بمجرد كونه حالة تعكس وظيفة العقل وإنما كسلوك. هذا ما نقصده بالسيكو بيولوجي - انتباه تام ومباشر للشخص وللوظيفة والصحة وفاعلية الشخص ككائن حي...**
>
> **ندرس الحقائق (والحقيقة تعني كل شيء يحدث فرقًا) لما تعنيه في الحياة العملية (الحقيقية) وبذلك نعني حياة «شخص ما». فهو بالنسبة لنا كائن له تاريخ حياة، له سيرة[1].**

وفي كل هذه الحالات، كانت السيكوبيولوجيا التي يدافع عنها ماير عدائية بالتطبيق للمقاربات البيولوجية في الطب النفسي. وبالرغم من أن ماير نفسه حافظ على العقيدة التحليلية النفسية، إلا أن المقاربة الانتقائية للطب النفسي والتي دعمها مجال واسع للحركة التحليلية النفسية، زادت من توسع مكانتها في الولايات المتحدة. وفي خمسينيات القرن العشرين وبعد وفاة ماير امتلكت الدوغمائية التحليلية النفسية أهمية كبيرة. أدت ردة فعل المقاربة ذات النزعة البيولوجية إلى تقديم (الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة) في السبعينيات، وهو بمثابة نجاح سياسي مهم للمدرسة البيولوجية. وللحفاظ على مجال للمقاربات النفسية أعادت المدرسة ذات التوجه التحليلي النفسي اكتشاف بعض أفكار ماير في النموذج البيوسيكو اجتماعي، قدمه جورج أنجل في شكل وحيد وأنيق.

(3)

تطور النموذج البيوسيكو اجتماعي بطريقة أكثر تنظيمًا من قبل أنجل في السبعينيات. أحرز أنجل على تعيينات مشتركة في الطب النفسي والطب العام من الأربعينيات إلى ما بعدها، بالاشتراك مع زميله جون رومانو. وقد تبنى تركيزًا أكبر على العناصر النفسية المكونة للأمراض العقلية. كما انهمك في التكوين النفسي التحليلي في معهد فرنز ألكسندر الذي كان مركزًا للحركة المهتمة «بالعلاقات القائمة بين العقل والجسد» في الولايات المتحدة في منتصف القرن العشرين. أبدى ألكسندر وهو تلميذ فرويد محاولةً لضم الأفكار التحليلية النفسية للطب العام.

---

(1) ماير، 1948، 434-436.

وفي عمله الطبي بجامعة روشستار حيث قضى أنجل معظم سيرته المهنية، ركز أنجل بالأساس على ما أطلق عليه اليوم اسم الطب النفسي «الاستشاري التواصلي المشترك» ويعني عملية مساعدة الزملاء الأطباء في معالجة وضعيات طبية نفسية. تضمنت اهتماماته الرئيسية لفترة من الزمن مرض القرح بالأمعاء، والألم النفسي الجيني، والتأثيرات النفسية لمرض الناسور الذي يصيب الأمعاء على الأطفال. وبالتالي كان عمل أنجل قبل كل شيء موجهًا نحو فهم المظاهر النفسية للحالات الطبية أكثر من كونه لفهم المظاهر البيولوجية للحالات الطبية النفسية. وبالرغم من أن أنجل وزملاءه قد عززوا آراءهم لعقود، أظهر شرحه المنظم في السبعينيات اهتمامًا كبيرًا حتى أصبح المثال والمعيار للطب النفسي في الثمانينيات. ويظل كذلك في الوقت الحاضر.

شعر أنجل ظاهريًا أنه دعا إلى تحديد معالم النموذج البيوسيكو اجتماعي بصفة رسمية كمعارض لـ«الاختزالية البيو طبية» بسبب ظهور الطب النفسي البيولوجي في السبعينيات، وتراجع التأثيرات النفسية التحليلية في الطب النفسي وكذلك في الطب. وحسب رأي العديد من المهتمين بالطب النفسي، بشر النموذج البيوسيكو اجتماعي بوضع حد للصراع الدامي المتنامي بين المدارس البيولوجية، والمدارس النفسية التحليلية. إضافة إلى ذلك، كانت المدرسة البيولوجية، رغم أنها دفعت قدمًا للعودة إلى طريقة كريبلين لتصنيف الأمراض وتبويبها في (الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة) عام 1980، حريصة على العودة إلى دراسة بيولوجية علمية واضحة لأسباب الأمراض للاضطرابات النفسية. تشير البادئة «نيو» في لفظ «نيو كريبلينين» إلى حد كبير إلى هذا الاختلاف حيث آمن كريبلين بقوة بالدراسة البيولوجية العلمية الكاملة تقريبًا لأسباب الأمراض العقلية ذات الأهمية. كان هؤلاء الذين أعادوا إحياء دراسته الخاصة بتصنيف الأمراض في الولايات المتحدة في السبعينات يريدون أن يكونوا «لا نظريين» حول هذا الموضوع. فأرادوا أن يوقفوا العمل بالارتباطات المتعلقة بفكر ماير الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثانية ولكن كانت تدفعهم الرغبة في التخلي عن الالتزام البيولوجي في الدراسات العلمية لأسباب الأمراض. وعليه، ملأ النموذج البيوسيكو اجتماعي هذا

الفراغ بما أنه كان على توافق مع كل المقاربات. أصبح اقتراح أنجل مألوفًا بسرعة في أوساط الطب النفسي، بالرغم من أنه لم يكن كذلك في الطب العام كما كان يأمل. وفي واقع الأمر، يحتاج الطبيب النفسي لكي ينجح في اختباراته اليوم إلى إجراء حوار مع مريض، ويناقش ذلك المريض مع لجنة الامتحان التي تكتب ثلاثة أصناف «بيو» و«سيكو» و«اجتماعي». وعلى المترشح أن يغطي مجموع المعلومات في كل صنف. وهذه هي الحالة بصفة عملية مع كل مريض وكل حالة. لقد ضخم دور النموذج البيوسيكو اجتماعي بعيدًا عن أصوله في الطب الخاص العلاقة بين العقل والجسد[1].

تكون الإفادة الوحيدة للنموذج البيوسيكو اجتماعي على الأقل في أنه يتجنب الدوغمائية بشكل نظري. إذا اتخذه المرء بجدية، لا يمكنه ببساطة أن يقرّ بالاختزالية البيولوجية أو بالتقيد حصرًا بالتوجه النفسي التحليلي. لكن هذه الميزة أكثر أهمية كما تبدو لي مقارنةً بسلبيات النموذج التي أفسرها الآن.

كانت إحدى اختراعات أنجل هي ربط النموذج البيوسيكو اجتماعي بنظرية النظم. لنظرية النظم هذه تاريخ طويل ومعقد (يرجع أصلها للعالم البيولوجي لادوج هون بيرتانلافي) ولكنها تتماشى في مستوى واحد مع ما نناقشه في الفصل (2) كـ«ظهور» في فلسفة العقل المعاصرة. ترى نظرية النظم علم النفس كمستوى مختلف للتجربة أكثر من كونه على علاقة بالبيولوجيا، تمامًا كاختلاف البيولوجيا عن الكيمياء والفيزياء. ومع ذلك تتفاعل كل هذه المستويات مع بعضها البعض. تتضمن النظم المعقدة هذه المكونات المتفاعلة، وتعتبر مثل هذه النظم كوحدة كاملة أكثر من كونها منقسمة إلى وحدات وظيفية منفصلة. تعود هذه المقاربة إلى الإرث العدائي في العلوم والطب كمعارض للنزعات التحليلية للطريقة العلمية المتداولة في الطب. باعتباره مقدم كنقاش للمناهج، للمقاربة البيوسيكو اجتماعية نقاط تشابه لما أطلق عليه اسم التعددية، وأنا لست منتقدًا كليًا لهذه الآراء. ومع ذلك، تطور في الحيز التطبيقي النموذج البيوسيكو اجتماعي إلى مجموعة محيرة من الافتراضات حول محتوى الأوضاع الطبية النفسية. وهنا أعتقد أنها رجعت

(1) براون، 2000.

بالأصل إلى انتقائية غير فعَّالة. كما أول من معظم خبراء الصحة العقلية اليوم، قام هذا النموذج بالقليل، بل أقر بأن كل الأمراض لها مكونات تتمثل بشكل غير مفاجئ فيما هو بيولوجي وسيكولوجي (نفسي) واجتماعي (أو بين شخصي).

هكذا، فلنأخذ مرض السكري كمثال، يمتلك المرء ذلك الاستعداد جينيًا (بيولوجيًا) ليخلف له المرض عندما يقترن بزيادة مفرطة في الوزن، والتي بدورها لها أسباب نفسية (القلق، الكآبة) أو اجتماعية (وفرة الطعام، عادة الأكل خارج المنزل). تتمثل الفكرة التي اتخذها أنجل بطريقة جيدة بأن على المرء ألا يتجاهل النواحي النفسية للمرض الطبي للتركيز فقط على النواحي البيولوجية، كما هو الحال مع مرض السكري بمجرد النصح بالأنسولين نتجاهل الحاجة إلى فقدان الوزن. يجب أن يكون من الواضح لأنجل ولمنظري هذه النظرية مؤخرًا أن النموذج البيوسيكو اجتماعي يتطابق بطريقة أفضل مع بعض الأمراض مثل مرض السكري أكثر من غيره من الأمراض المنقولة جينيًا (مثال مرض تاي ساشز). بالنسبة لتاي ساشز على سبيل المثال لا يمكن الحديث إلا قليلًا فيما يخص الدراسة العلمية لأسباب هذا المرض، وربما نذهب أبعد من الحظ السيء للانتقال الجيني العشوائي. هذا قد يجعل الدراسة العلمية لأسباب المرض بيولوجية خالصةً. والحالات غير الجينية التي تعد بيولوجية خالصة هي الأخرى شائعة، مثل التورم الدماغي الفيروسي، حيث تتطلب الدراسة العلمية لأسباب الأمراض عدوى فيروسية عشوائية وجاهزية عشوائية. هل يرمي أنجل بالقول حقًا أن العوامل السيكو اجتماعية لها نفس الأهمية مقارنةً بالعوامل البيولوجية في الدراسة العلمية لأسباب مثل هذه الأمراض الجينية والمعدية؟ أشك في ذلك. في حقيقة الأمر، أدمجت الأفكار البيوسيكو اجتماعية في الطب الوقائي بمفارقة طفيفة لأنها ذات حس سليم. ومن جهة أخرى، يؤكد النموذج على الجوانب الإنسانية المعروفة جدًا في الطب: الحاجة إلى الانتباه إلى العوامل السيكو اجتماعية عندما توجد خصيصًا في أمراض معينة حيث يظهر أنها تلعب أدوارًا هامة.

أتى أول نقد للنموذج السيكو اجتماعي في الطب النفسي من قبل بول ماكهاي وفيليب سلافني (انظر أسفله) اللذان يناقشان كون النموذج البيوسيكو اجتماعي

عام جدًا ولا يوفر منهجًا حقيقيًا لأخصائي الطب السريري والباحثين. قارنا النموذج بقائمة من المكونات كمقابل لوصفة طبية أو وصفة طعام. لطبخ وجبة طعام، ليس كافيًا أن نعرف فقط قائمة المكونات، يحتاج المرء كذلك إلى أن يعرف مقدار كل مكون للاستعمال وفي أي ترتيب. يعدد النموذج البيوسيكو اجتماعي فقط الجوانب ذات الصلة بالطب النفسي. ويلزم الصمت فيما يتعلق بكيفية فهم تلك الجوانب في ظل الأوضاع المختلفة وفي الظروف المتنوعة. ونتيجة ذلك، يتحول إلى الانتقائية حيث يقوم الطبيب أساسًا بفعل ما يرغب القيام به[1].

وبالتالي أصبح النموذج البيوسيكو اجتماعي في الطب النفسي عبارة عن أداة تفكير أيديولوجية أخرى لتعوض مكان (أو ربما تخفي) أيديولوجيات سابقة. رغم أن أنجل ومنظري النموذج البيوسيكو اجتماعي المتبنين له لا يقصدون حقًا ما انتهى إليه حال النموذج، الذي تحول إلى ذريعة للخمول الفكري. إن الحالات النفسية، من مرض الفصام إلى القلق الناتج عن الضغط، كما يبدو، قابلة للتفسير باعتماد النموذج البيوسيكو اجتماعي. في غالب الحالات، عندما يراجع الأطباء الجوانب البيولوجية إلى مرض ما، هم بذلك يؤكدون ضرورة الانتباه إلى العوامل النفسية التي لها نفس الأهمية. إذن، إذا كان هناك شخص مكتئب، فسوف ينهمك المرء في تساؤل واسع النطاق فيما يخص العوامل النفسية المتسببة في الضغط، ولا ينتبه إلا قليلًا إلى الخصائص الأساسية الفنومونولوجية للمرض (مثل المسّ والمسّ الحاد) فتعد أنواع التاريخ الاجتماعي شاملةً حتى وإن كانت الحقائق الأساسية ذات العلاقة بالبيولوجيا مثل تاريخ عائلات الأمراض أقل دقة في فحصها، حيث تكون فحوصات الحال العقلية مطولةً، ولكن فصول التاريخ الأفقي للحقب السابقة (بداياتها، نهاياتها، سنوات ظهورها، علاقتها بالعلاجات) تركت ناقصة وغير مجدية. أعتقد أن النموذج البيوسيكو اجتماعي في معظم الحالات يبرر عادات نفسية قديمة (كالتركيز على الحالة العقلية الراهنة، التطور النفسي، وتاريخ الطفولة) على حساب التقدم في فهم الجوانب البيولوجية لهذه الحالات (تاريخ العلاج الدوائي المركز، التاريخ الفنومونولوجي المفصل للمزاج أو فترات

(1) ماكلارن، 1998.

الهواس، التاريخ الجيني الدقيق). يؤدي هذا كله إلى تشخيص سيئ وإلى نجاح علاج غير منظم بكيفية جيدة.

تتمثل المشكلة الأخرى للنموذج البيوسيكو اجتماعي في أنه لا يخلط بين المنهج والمضمون كما سبق وصفه وحسب، ولكنه يخلط كذلك بين السبب والعلاج. وعليه، فإنه يدفع بتفكير عديم الفائدة، أي: أننا إذا اعتبرنا الحالة تحتوي على مكونات نفسية هامة، عندها من المؤكد أن تكون للعلاجات النفسية الأفضلية. إذا أقر المرء حقًا بأن كل الأمراض النفسية هي بيولوجية ونفسية (سيكولوجية) واجتماعية (خاصة إذا ما اعتقد المرء بأن هذه الثلاثة اجتمعت في آن)، وبناء عليه عندها على كل فرد أن يتقبل كلًا من العلاجات البيولوجية والعلاجات السيكو اجتماعية (علاجات عن طريق كل من الأدوية والعلاج النفسي). ويرى المرء أن هذه الحقيقة البديهية في الغالب اعتقاد خاطئ ومغالط يتولد مباشرة من النموذج البيوسيكو اجتماعي (يناقش لاحقًا في الفصل 24).

تتمثل الميزة السطحية للنموذج البيوسيكو اجتماعي في أنها تظهر في الظاهر صحيحةً على مستوى واحد. وأي حالة لا بد لها من الجوانب الثلاثة جميعها على الأقل. على الرغم من ذلك، إن كانت صحيحة فهذا تفسير مبتذل. فلهذا النموذج معنى ضئيل ويوفر قدرةً دنيا للأطباء والباحثين أو المرضى. ومع أنه مستكن بقوة في العقيدة الطبية الحالية، وهي النظرة الصحيحة سياسيًا وقلة من انتقدها، إلا أن النموذج البيوسيكو اجتماعي يعدّ عقيمًا بالأساس. ولئن كان إلى حد ما صحيح، فهو مبتذل. فهو يرمي إلى قول شيء ما. إما يراد قوله بصفة أفضل بنزعة تعددية ذات مبدأ كما أدافع عنها في وقت لاحق في هذا الكتاب، أو أنه يقر ببساطة بانتقائية يشوبها إشكال.

جدول 1.1 الوضع المفاهيمي الراهن في الطب النفسي

1 ـ الدوغمائية

أ ـ الاختزالية البيولوجية.

ب ـ العقيدة النفسية التحليلية.

2 ـ الانتقائية

أ ـ النموذج البيوسيكو اجتماعي (أدولف ماير، جورج أنجل).

ب ـ مذهب اللاأدرية (الدليل التشخيصي والإحصائي: الطبعة الثالثة وما بعده).

3 ـ التعددية

أ ـ الوعي المنهجي لكارل ياسبرز.

ب ـ مقاربات لستن هافنز للعقل.

ج ـ منظورا بول ماكهاي وفيليب سلافني في الطب النفسي.

4 ـ الاندماجية

أ ـ بيولوجيا الأعصاب الهيغلية لـ ايدوارت هانديرت.

ب ـ الليونة العصبية لـ إريك كاندل.

(4)

ما هي البدائل الممكنة لمذاهب الدوغمائية (العقائد السابقة) وللانتقائية (عقيدة اليوم)؟ أعتقد أن البدائل تنقسم إلى صنفين: التعددية والاندماجية. من أشهر منتصري التعددية هم لستون هافنز من جهة وبول ماكهاي وسلافني من جهة أخرى. ومؤيدا الاندماجية هما إدوارد هاندرت وإريك كاندل. وسوف أعيد النظر في أفكارهم هنا وسأعود إليهم بشكل متكرر على مدى الفصول اللاحقة.

(5)

في أواخر سبعينيات القرن العشرين وقبل أن يسعى المحللون النفسيون إلى القبول به، اقترح الطبيب النفسي لستون هافنز بديلًا لسيطرة النظرية النفسية التحليلية في فهم العقل وانتقد أيضًا الانتقائية التي سرعان ما أصبحت مرادفًا للنموذج البيوسيكو اجتماعي[1].

سأؤجل تعليقاتي على السيطرة النفسية التحليلية إلى (الفصل 20)، ولكن الطب النفسي المتعارف عليه اليوم يصرح أن نظرية التحليل النفسي لم تكن عند جزء كبير من وعودها، وتعد فقط تفسيرًا واحدًا لبعض الظواهر الذهنية وليس التفسير كله. يتخذ هافنز هذه النقطة جزءًا من مشروعه المفهومي الواسع. وأعتقد أن انتقاده الأكثر أهميةً هو مناقشته للانتقائية. ويفترض أحيانًا أن الانتقائية هي البديل الطبيعي للدوغمائية. ولكن في العديد من الحالات، هي أسوأ من ذلك، فلمساندي مبادئ التحليل النفسي معتقدات معينة على الأقل. يتجنب الانتقائيون كل النظريات على المستوى النظري، ولكن على المستوى التطبيقي فإما يقومون بسن النظريات دون أن يكونوا مخلصين لما يقومون به، أو أنهم يقومون بما يظهر أنه صحيح في تلك اللحظة دون أي منطق يحكمهم. يوفر النموذج البيوسيكو اجتماعي غطاءً لهذه الانتقائية العقيمة: كل شيء مقبول، ويمكن تبرير كل شيء لكونه أطلق عليه اسم بيولوجي أو سيكو اجتماعي، كما لو أنه ضروري لا محالة تحت الغطاء الأوسع للنموذج.

ينظم بديل هافنز التعددية المقاربات المختلفة في الطب النفسي إلى أربع مدارس فكرية. والميزة الأساسية لعمله أنه يقدم تقسيمًا لهذه المدارس على أساس مناهجها لا على أساس مضمونها، وهو ما يزيل العديد من الاختلافات في النظرية التي قد تربك التوافقات الكامنة في المناهج. والمدارس الأربع التي عرفها هافنز هي المدرسة الموضوعية الوصفية، والمدرسة النفسية التحليلية، والمدرسة الوجودية، والمدرسة البينشخصية.

---

(1) انظر: هافنز، [1973] 1987).

يرتكز قوام المدرسة الموضوعية الوصفية على المنهج العلمي التقليدي للاكتشاف التجريبي والتحليل الإحصائي. كان زعيم هذه المدرسة هو أميل كرابلين (1921) المرجح (على غرار فرويد) أن يكون من أشهر الأطباء النفسيين في القرن العشرين والذي من الواضح أنه قام أولًا باختراع تشخيص كل من مرض الفصام والمرض الهواسي الاكتئابي[1]. وتركز هذه المدرسة على المقاربة الطبية الكلاسيكية: أي: أن تأخذ قائمة من الأعراض والعلامات على مدى التاريخ الطبي النفسي واختبار الحالة العقلية وربط هذه الأعراض والعلامات بمجموع العلامات الكبرى الدالة على المرض، ثم أوجد الأمراض الكامنة وراء هذه العلامات، ثم بعد ذلك تعالج الأمراض كما تعالج أي أمراض طبية «عن طريق البدن» أي: بالأدوية وعلاجات بدنية أخرى (مثال إجراء عملية، علاج بالصعقة الكهربائية على مستوى الدماغ). إضافة إلى ذلك، تعتبر أسباب هذه الأمراض في الغالب بيولوجية مثل الفيروسات أو تشوهات بالدماغ. هذا واكتشف تلميذ كرابلين ألوا الزهايمر تشوهات بالدماغ تكمن خلف مرض فقدان القوى العقلية (الخبل) الذي يحمل الآن اسمه. كذلك اكتشف العديد من المرضى المصابين بالهواس على أنهم يعانون من إصابة أدمغتهم بمرض السفلس وهو الاكتشاف الذي تأثر به كرابلين وآخرون أيما تأثر ليتابعوا نظريات ممكنة للعدوى الفيروسية الأساسية التي تكشف عن أسباب مرض الفصام. أما مضمون النظريات الموضوعية الوصفية من الممكن أن يتغير، ولكن هافنز صرح بأن كل النظريات تتقاسم شيئًا واحدًا ألا وهو الطريقة

(1) لا يضاهي أميل كرابلين فرويد شهرةً ومكانةً خارج إطار الأطباء النفسيين، وحتى سبعينيات القرن العشرين كان يعتبر على الأقل في الولايات المتحدة المتفلسف الألماني صاحب الآراء القديمة فكرًا وطرحًا في الطب النفسي، ولم يذع صيته على المستوى العام لأن فرويد كان مشهور جدًا، ولأن مناهج فرويد ونظرياته مختلفة كل الاختلاف. كما أدى تأثير أدولف ماير، في مبحث الطب النفسي الأميركي، كذلك إلى تقليص مدى أهمية أفكار كرابلين، باعتبار أن ماير كان مهتمًا بالعوامل الاجتماعية النفسية المرتبطة بالمشكلات السلوكية أكثر من اهتمامه بالمقاربة الطبية الصرفة للتشخيص النفسي، كما بين ذلك كرابلين، وبالإضافة إلى ذلك، شهدت سبعينيات القرن العشرين ولادة جديدة لمدرسة الكرابلين الجدد في الطب النفسي، وهو ما أدى إلى المراجعة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي وإعادة مراجعة علم أسباب الأمراض النفسية. وتكثر الإحالات اليوم على كرابلين في المقالات الطبية النفسية في المجلات المعيارية التي لا تعنى بقضايا التحليل النفسي، في حين تعتبر الإحالات على فرويد قليلة مقارنة بـ كرابلين، ولا يعني هذا أن التاريخ قد تجاوز هذين العملاقين أبوي الطب النفسي، حيث إن التأرجح بين الرجلين يبدو أنه سيتواصل إلى ما لا نهاية.

المنهجية للاكتشاف والوصف التجريبي كما هو الشأن في النموذج الطبي التقليدي.

أما المدرسة الثانية فهي المدرسة النفسية التحليلية التي أسسها فرويد. يتمثل منهجها الأساسي في التداعي الحر للأفكار، وهي استعمال «الانتباه العائم». فالطبيب أو المعالج لا يتابع وصف العلامات أو الأعراض كما بين أعلاه، ولكن عبر الاستماع بشكل حيادي تام بكل بساطة، دون وضع أية أحكام في البداية. وبالتصريحات التي نوقشت، انتهى فرويد إلى أن منطقًا ما قد فرض نفسه على المعالجة، ولا يمكن الوصول إليه بالنسبة إلى المقاربة الموضوعية الوصفية. بمعنى أن المعالج إذا حاول إضفاء معنى على الأشياء، فليس هناك من شيء دال على معنى. وإذا ما توقف المعالج وفسح المجال للأشياء أن تذهب حيث ذهبت، نما معنى للنظام من هذه التداعيات الفكرية الملتوية التي أنتجها المريض. يتمثل إنجاز هافنز في كشف الغطاء عن المدرسة النفسية التحليلية، ويكون قراؤه أقل حيرة عندما يواجهون العدد الضخم للمدارس التي أنتجها فرويد وأتباعه، سواء كان أدلريان أو جانجيان، ريتشان أو كلينيان مهما كان الطيف فهم كلهم يؤيدون التداعي الحر للأفكار كمنهجهم الأساسي. وهذا شبيه بالنظريات البيولوجية العديدة في الطب النفسي (نماذج الأمراض المعدية، نظرية الهرمون، نماذج الناقل العصبي، قياسات تشبيه عن مرض الصرع، .... إلخ)، والتي يختلف مضمونها النظري في حين تبقى مناهجها الموضوعية الوصفية كما هي. ساعد منهج فرويد خصيصًا مؤسسها بجملة من الحالات (في مجملها تسمى هيستيريا) التي قومت وعولجت بشكل هزيل بالنماذج الموضوعية الوصفية السائدة في القرن التاسع عشر بفيينا.

وأما المدرسة الثالثة فهي المدرسة الوجودية ومن بين زعمائها في الطب النفسي نجد لادوج بنسوانجر (1963) ور.د.لينج (1969) وآخرين[1]. إن أبرز منهج لهذه

(1) يمكن ضم توماس زاس (1970م) وبعض المفكّرين الآخرين لمدرسة الفكر هذه، وتتمثل أحد النقائص المتعلقة بهؤلاء المفكرين من أمثال زاس وليغ في أنهم يبدو وكأنهم يتبنون مقاربة دوغمائية للطب النفسي، فما المقاربة الوجودية إلا مقاربة للطب النفسي، لها العديد من نقاط الضعف كما لها بعض نقاط القوة، (ووفقًا للموضوعات التي قدمتها في هذا الكتاب، فالأمر نفسه صحيح بالنسبة لأي مقاربة)، ولأن الكثير من الناس، يمكن أن يساء فهم حالاتهم على أنها أمراض عقلية، يستنتج زاس وليغ أنه لا يوجد في أي مثال يكون فيه أي عرض نفسي معاكس لمرض عقلي، ويعد هذا ببساطة ضربًا من السلفية الفكرية التي تختلف بشكل أو بآخر على المستوى الشكلي عن الفكر التقليدي المتشدد =

المدرسة هو القدرة على فهم مشاعر الآخرين، بأن يضع الإنسان نفسه مكان إنسان آخر، وكما في المدرسة النفسية التحليلية التي اشتق منها بعض الوجوديين، يبدأ المعالج بالاستماع الحيادي للمريض، ولكن لا يحاول بعدها المعالج الوجودي، كما في التحليل النفسي، تشكيل ما تعلمه إلى نظرية. فيمثل دور المعالج ببساطة في فهم المريض لا التنظير حوله. في واقع الأمر، يتلاشى هنا الاختلاف بين المريض والمعالج، وبالتالي فهدف المعالجة هو الالتقاء عند نقطة واحدة بحيث يذهب المريض إلى المعالج (لنستعمل لفظ الموضوعي الوصفي) ويذهب المعالج إلى المريض. وعليه فالحد الفاصل بين المعالج الذات والمريض الموضوع والتي ترتكز عليه المدرسة الموضوعية الوصفية يلغى عند المدرسة الوجودية. ويعد العمل الأكثر إثارة للاهتمام المنبثق عن هذه المدرسة، البحث في تجربة مرض الهواس الذاتية وعلم النفس الدارس للاكتئاب.

وأما المدرسة الرابعة فهي المدرسة البينشخصية أو ما أطلق عليه هافنز اسم مدرسة الطب النفسي الاجتماعي. ويعد هاري ستاك ساليفان أحد زعمائها وهو الأميركي الوحيد من بين مؤسسي هذه المدارس. ومن المناصرين في وقت لاحق نجد إريك فروم وإريك إريكسن وكارول جيليجان وآخرين[1]. وتتطلب منهجية هذه المدرسة، كما أخذت عن سليفان، «توضيح المجال البينشخصي»، وهذا يشير إلى رأي سليفان بأن أي تفاعل بين شخصين مثل المقابلة الطبية بين الطبيب والمريض، يتطلب تفاعلات بينشخصية تؤثر على الظواهر النفسية التي وقع اكتشافها. وتبعًا لذلك تنزع هذه التفاعلات إلى تشويه المجال البينشخصي، وهذا لا يظهر فقط في مرض الهواس، حيث يمكن أن يكون سببًا لتأثير جنون العظمة كما وصفه سليفان، وإنما كذلك في التفاعلات غير الطبية مثل التواصل بين الرجال والنساء (تانن 1990). ولكن قبل سليفان تمثل الموقف النفسي التحليلي القديم في أن مثل هذه الظواهر البينشخصية التي تعتبر كـ«تحويل» كانت أطوارًا مهمة تجاه امتلاك فهم

= للتحليل النفسي، أو عن الاختزالية البيولوجية العمياء، فالحقيقة أعقد بكثير مما يتصور، رغم أماني المعتقدين الحقيقيين بعكس ذلك.

(1) يختلف محتوى أعمال هؤلاء الأشخاص، ولكن تتقاسم جميعها منهج تطبيق المناهج البين ذاتية والاجتماعية على الطب النفسي، وكثيرًا ما يركز هافنز على مؤلفات سوليفان.

أعمق لحياة المريض النفسية. كان سليفان غير راض عن هذه المقاربة لأن من بين الأسباب الأخرى، وبالتركيز على التحويل، ظهر أن التحليل النفسي في الغالب يجعل التشويهات أسوأ. يتضمن عمل سليفان بشكل واسع اقتراح مناهج لمكافحة هذه التشويهات المتحولة بطريقة فعَّالة (انظر: فصل 22).

(6)

(تتركز المقاربة الأخرى المتعددة الأوجه على كتاب: «أوجه النظر للطب النفسي» (1998) لصاحبيه بول ماكهاي وفيليب سلافني. ومثل هافنز، ركزا على التعريف بالمناهج المختلفة الكامنة وراء المقاربات المفهومية الأساسية في الطب النفسي. وخلافًا لهافنز، فهما لم يركزا على مختلف المدارس الفكرية في العلاج النفسي ولم يؤكدا المقاربة التاريخية لفحص المؤسسين والأتباع من بين مختلف مدارس الفكر. وعوضًا عن ذلك، قاما بتفصيل أربع زوايا نظر مختلفة في الطب النفسي:

المرض: ما يعاني منه المريض. إن هدف المعالجة حسب هذا المنظور هو الشفاء. يتوافق هذا الرأي مع مقاربة هافنز الموضوعية الوصفية ويتضمن المعرفة الباتة: إما يعاني المرء أو لا يعاني من المرض.

البعد: ما حال المريض. فهدف المعالجة هنا هو الاستشارة ويشبه هذا المنظور في بعض الأجزاء المقاربة الوجودية لهافنز، حيث يكون التركيز على الكائن الحي الذي من الممكن أنه يعاني من الداء وليس على المرض الذي يكمن وراء الداء. ويتطلب هذا معرفة مستمرة عوضًا عن المعرفة الباتة، بما أن الأشخاص لديهم ميزات معينة والمطلوب هو كم هو مقدار كل ميزة يمتلكها الشخص. وخلافًا للأمراض التي يعاني منها المرء أو لا يعاني منها، ينطبق نموذج الأبعاد على جوانب الوظيفة النفسية (مثل سمات شخصية الإنسان) التي يمتلكها كل واحد والتي يمكن أن تختلف فيما بين الأفراد. (الذين من الممكن أن يمتلكوا تقريبًا سمات معينة).

السلوك: ما يقوم به المريض. يربط ماكهاي المعالجة بضرب من إعادة التعلم

حيث يتعلم المريض طرق جديدة لمراقبة أفعاله وتغييرها. هذا هو المنهج الكامن وراء المقاربات السلوكية المألوفة لمعالجة الكآبة والاضطراب الحاصل من جراء الهواجس المتحكمة في أفكار الإنسان. كما يصنف هافنز هذا النوع من المعالجة تحت المقاربة الموضوعية الوصفية، لأن المعالجات السلوكية ترجع إلى المناهج التقليدية لوصف العلامات والأعراض.

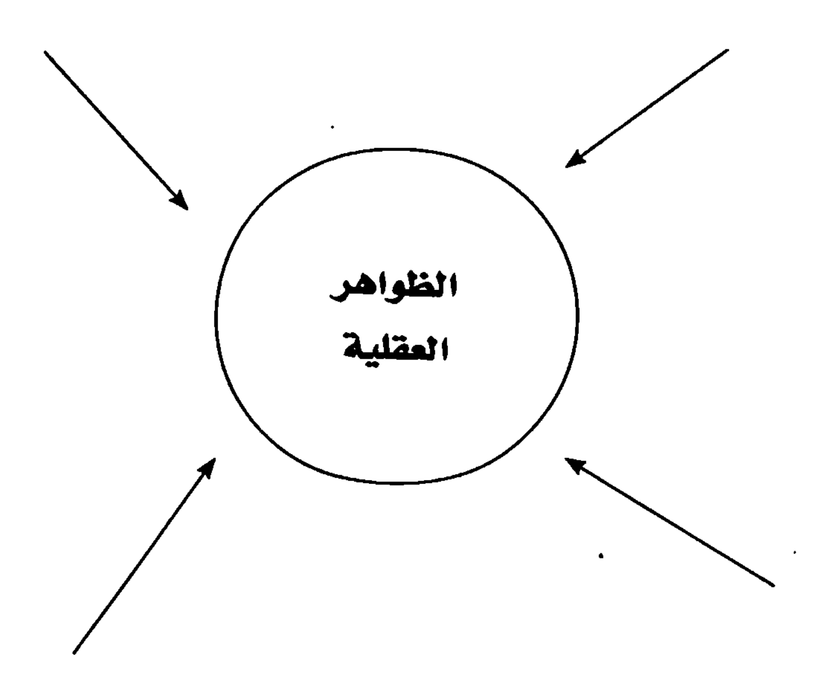
قصة حياة المريض: ما يرغب فيه المريض. يعد هدف المعالجة هنا نوعًا من وضع مرسوم لأهداف حياة شخص. إن أساس هذا المنظور هو المستقبل. ويتخذ مقاربة صريحة ذات قيمة قدسية بمعنى أن الحقيقة الموضوعية ليست هي الهدف الذي يضبطه المرء فهذا شبيه بالاختلاف الرئيسي بين المقاربة الوجودية كما بينها هافنز وكل المقاربات الأخرى (كلها ترمي إلى اكتساب معرفة موضوعية دقيقة). بالضبط مثل المقاربة الوجودية التي تهدف ببساطة إلى فهم الأشياء أكثر من وصفها، يرتكز منظور قصة حياة المريض على فهم أهداف الشخص أو آماله القصوى، ما الذي بالإمكان أن يكون أكثر من ماذا سيكون حتمًا أو ما هو كائن.

(7)

يتمثل رأي التعددية الأساسي في أن المناهج الأساسية المتعددة ضرورية في فهم المرض العقلي ومعالجته، حيث لا يكون منهجًا واحدًا كافيًا لذلك. مع أن المناهج جزئيةٌ ومحدودة، إلا أنها يجب أن تطبق بشكل منفصل وبالمضمون الخاص لكل واحد منها. وبهذه الطريقة تختلف التعددية عن الانتقائية. (رسم1.1).

من الواضح أن هناك مقدارًا لا بأس به من التداخل بين البنى النظرية التي طرحها هافنز، والتي طرحها كذلك ماكهاي وسلافني. على أية حال، تبرز كذلك اختلافات معينة في الطرح والمضمون. بشكل أوضح يقدم هافنز مرجعية تاريخية لنظريته ويربط المناهج المختلفة بمدارس العلاج النفسي التاريخية المتنوعة. يقدم ماكهاي وسلافني وصفًا أحسن للمناهج المنفردة للمدرسة النفسية التحليلية والبينشخصية (اجتماعية). ويمكن للمواقف التي وصفها هؤلاء المؤلفون أن تخضع لنوع من الاختبار التجريبي. خاصة أن الفرق الذي وضعه ماكهاي وسلافني

بين أشكال المعرفة الباتة، وأشكال المعرفة القائمة على الأبعاد هو عرضة لمثل هذا الاختبار التجريبي. أعتقد أن زوايا النظر المختلفة لهذين الشكلين للمعرفة تنطبق على الأوضاع النفسية المختلفة، وأن هذا التطبيق ليس اعتباطيًا في حين أن نتيجة الدراسات التجريبية لهذه الأوضاع اعتباطية. وسنعود لهذين النموذجين متعددي الأوجه بشكل متكرر في خضم هذا الكتاب.



(رسم1.1) نموذج متعدد الأوجه للعقل. تمثل الأسهم إما وجهات النظر المختلفة (ماكهاي وسلافني) أو مختلف مدارس الفكر (هافنز) أو طرق المعرفة المختلفة (ياسبرز) ولا أحد منها كامل أو كاف، جميعها محدود.

(8)

ما أطلق عليه اسم الاندماجية يختلف عن التعددية من ناحية سعيها لجعل فهمنا شاملًا للعقل والمرض العقلي، فالاندماجيون غير راضين عن المطلب التعددي ولا يقبلون أن منهجًا واحدًا غير كاف وأن كلّ المناهج محدودة. ومع ذلك فإن الاندماجيين غير اختزاليين خلافًا للدوغمائيين. قد يهتم الاندماجيون، شأنهم شأن التعدديين، في المذهب المادي غير الاختزالي[1]. وسأناقش هذا الموضوع

(1) أكد لي زميلي ديفيد براندل هذه النقطة.

لاحقًا في الفصل 2 وعلاقته بفلسفة العقل. ولكن جدير بالذكر هنا أن من الكافي الإشارة إلى أن الاندماجيين يسعون لتأكيد الارتباطات المتبادلة بين العقل والدماغ، ويريدون أساسًا لإزالة الحاجز بينهما، وهذا مخالف للتعدديين الذين وضّحت موقفهم بشكل أكبر عند تحليل آراء كارل ياسبرز (انظر: فصل 5). يسعى التعدديون إلى السماح بالاختلاف في فهم الظواهر العقلية، وظواهر الدماغ وليس لزامًا عليهم أن يدمجوا فهمنا للحالات العقلية وحالات الدماغ. سأعود لأوجه الشبه تلك والاختلافات في الفصل الأخير. وتتميز الاندماجية على الأقل بتجنّب الدوغمائية في سعيها لتجاوز الانتقائية.

ولعلّ من آراء الاندماجيين الشهيرة في الطب النفسي آراء هاندورت وكاندل. سأعلق هنا على نموذج هاندورت بإيجاز، لأنني سأشرحه بتفصيل أكثر في الفصل (3). سأتحدث عن كاندل الذي حازت آراؤه انتباهًا كبيرًا في الفترة الأخيرة، مطولًا مجددًا في الفصل (23).

إدوارد هاندرت هو الطبيب النفسي الذي تأثر تأثرًا كبيرًا بكل من فلسفة هيغل وتتابع ظاهرة المرونة العصبية. (هاندرت 1989). أبدأ برأي هيغل، الذي فسرته أكثر في الفصل(3)، وهو القائل بأننا نصوغ ما نعرف لأننا بشر. حاول هيغل أن يزيل الهوّة بين الذات والموضوع وهي مشكلة دائمة في الفلسفة كما في الطب النفسي. كيف لنا أن نعرف أي شخص آخر؟ وكيف نعرف ما يحصل مع شخص آخر؟ وما إذا كان هناك قطيعة بين شخص وآخر؟ ولا يمكن لهذه الهوة أن تخرق، عندها تطرح العديد من المشكلات أمام الطب النفسي. ففي الفلسفة تتمحور الصعوبات حول نظرية المعرفة ومشكلة العقل والجسد. أما في الطب النفسي، فإن هذه القضايا تمس جوهر ما نقوم به وما نستطيع أن نقوم به. يتخذ ال دوغمائيون للتذكير حالة واحدة أو أخرى: فإما تُفسر البيولوجيا كل! شيء، أو تفسر إحدى النظريات السيكولوجية كلّ شيء. أما الانتقائيون فإنهم يرفضون أن يتخذوا موقفًا معترفين ببساطة بأنه أمرٌ معقد في كليته. من ناحية أخرى، يتفق التعدديون مع الدوغمائيين في ادعائهم بأن مناهج مخصوصة لا بدّ وأن يطبق كل منهج منها بمميزاتها الخاصة بها، غير أنهم يتفقون مع الانتقائيين بأن منهجًا واحدًا

فقط لا يفي بالغرض. يرمي الاندماجيون مثل هاندرت إلى تقديم مقاربة واحدة التي تزيل الهوة بين الذات والموضوع، ولكنهم غير مقصورين على مقاربة واحدة كما في المدارس الدوغمائية المتنوعة.

يبدأ هاندرت بفلسفة هيغل. فنرى كيف شعر هيغل بأن الهوة بين الذات والموضوع أزيلت في التاريخ الإنساني، واعتبر أن تفاعل البشر فيما بينهم قد أثر في بعضهم وغيّر بعضهم الآخر، وعلى هذا تمكنوا أخيرًا من معرفة بعضهم. ركز هيغل على عملية التغيير هذه أكثر من أن يركز على التعارض الجلي والثابت بين الذات والموضوع. كان رأي هيغل مؤثرًا جدًا لوقت ما (مثال: بين الماركسيين) ولكنه سقط في انثلام السمعة بين أوساط فلسفية عديدة في القرن العشرين، خاصة لأنه كان مبهمًا وتأمليًا. أحس هاندرت أن علم بيولوجيا الأعصاب ساند آراء هيغل، وكان الجزم من طرف هيغل بأن اكتشاف المرونة العصبية كان نتاجًا مهمًا للفلسفة وللطب النفسي. أكدت نظرية سابقة في بيولوجيا الأعصاب أن الأعصاب لا يمكنها أن تتوالد، فإذا ماتت لا يمكن أن تعود سليمةً. وبالتالي على امتداد عمر الإنسان يفقد المرء الأعصاب فقط، وحينما تتشكل تظهر على اعتبارها ماهيات ثابتة. واكتشف أريك كاندل وآخرون أن بإمكان الأعصاب أن تغير شكلها في حقيقة الأمر على مدى العمر، وأنّ بوسعها بالفعل أن تتوالد وتخرب في فترة الكهولة. إضافة إلى ذلك، أظهرت دراسات أخرى أن مؤثرات المحيط تؤثر في الحجم والشكل وفي ارتباطات الأعصاب. وهذه تدعى المرونة العصبية. وبعبارة أخرى المحيط هو ما يشكل الدماغ. وعبر استعمال أدمغتهم يغير البشر المحيط بشكل واضح. وها هنا بدا أن هاندرت يقول إن فلسفة هيغل أثبتت في مبحث البيولوجيا المعاصر أننا إذا اتخذنا هذا الرأي بصفة جدية، فعندها تصبح العلاقة بين الدماغ والمحيط مختلطة على مستوى معين، لدرجة أنه لا يعود هناك تغير واضح. فتزال الهوة بين الذات والموضوع، ويتحقق الاندماج.

لم يخلص هاندرت بنتيجة تفيدُ بإمكانية اختزال الظواهر النفسية إلى ظواهر بيولوجية، فالاندماجية ليست اختزالية. إنها ضرب من المادية غير الاختزالية. ويعد الدماغ أساسيًا وضروريًا لفهم الظواهر العقلية، ولكنه غير كاف. كما تؤثر الظواهر

العقلية في الدماغ أيضًا، وبالتالي تسير التفاعلات في كلا الاتجاهين، ولكن بغياب الدماغ لا يوجد عقل. يتأثر الدماغ بالمحيط حيث تتطور أدمغتنا لتعطي بشكل دقيق صورةً تمثيلية للمحيط الذي يصطدم بها. وتلك هي بيولوجيا الأعصاب لهيغل التي يقترحها هاندرت. إنها حجة ابستمولوجية من الدرجة الأولى كما سأشير في الفصل (3)، ولكن في هذا الفصل أريد أن أؤكد الآراء الجوهرية المتعلقة بالعقل والدماغ. ويتمثل الرأي الأساسي في تفاعل وتأثر العقل والدماغ فيما بينهما، وأنه على مستوى معين يمكن للماهيتين أن تندمجا.

تابع هاندرت في وقت سابق تأييد أن النموذج البيوسيكو اجتماعي كما اقترحه أنجل، يخلو من زخرفات الانتقائية. وكما ذكرت، لا تنسجم المقاربة المنهجية للنموذج البيوسيكو اجتماعي مع الاندماجية، بل تعد الاندماجية التي اقترحها هاندرت على خلاف مع اهتمام ماير البراغماتي بمثل هذه المسائل، وأيضًا مع آراء أنجل القائمة على نظرية النظم.

(9)

أصبح إريك كاندل عام 2000م أول طبيب نفسي يفوز بجائزة نوبل منذ عهد يوليوس فاغنر فون ياورغ عام 1929م[1]، وأثار منح الجائزة لـ فون ياورغ جدلاً كبيرًا لدرجة أنه من غير المفاجئ ربما أن تمتنع لجنة نوبل لمنح الجوائز عن منح هذه الجائزة للعاملين في الطب النفسي لسبعة عقود (فلنشتاين 1986م).

فاز فاغنر ياورغ بالجائزة لاستعماله دواء الملاريا لعلاج مرض الهواس. وطبعًا كما بين أحد أعضاء اللجنة، لم يكن واضحًا بشكل كامل أن الجائزة كانت فقط مكافأة له لاستبدال علاج مرض بآخر[2]، وعلى أية حال، في ذلك الوقت كان علاج الملاريا وحده العلاج الذي أشفى المرضى المصابين بالهواس. بدا أن قدرًا ضئيلًا

(1) نال كاندل الجائزة بصحبة أرفيد كارلسون وبول جرينجارد، ولكن كان كاندل الوحيد من بين ثلاثتهم المتحصل على شهادة في الطب، والذي تلقى تدريبه في برنامج خاص بالإقامة في الطب النفسي الإكلينيكي.

(2) أفادني بول روزان بأن نقد واغنر ياورغ ذا الأثر الرجعي قد لا يعكس حقيقةً براعته والتزامه، والظاهر أنه كان إكلينيكيًا ملتزمًا ثابتًا وباحثًا ذا كعب رفيع.

جدًا من الاهتمام مُنح للطب النفسي، وهو ما جعل لجنة نوبل تطلق صيحة فزع على مدى عقود. منحت الجوائز لأخصائي علم وظائف الأعصاب أمثال يوليوس أكسلرود الذي اشتغل على آليات تأثير المخدرات على الحالة العقلية، ولم يحظ أيّ من الذين عملوا أطباء نفسيين اعتراف نوبل حتى زمن كاندل، الذي تدرب على الطب النفسي في مركز الصحة العقلية بماساشوستس في بوسطن في ستينيات القرن العشرين، وهو العصر الذي بلغت فيه الأفكار النفسية التحليلية مبلغًا عاليًا. تأثر كاندل بمثل هذه الأفكار وكان يكنُّ احترامًا بالغًا لعلم النفس التحليلي. قال في خطاب نوبل: «إنه لمن الصعب أن نسترد الآن الإعجاب الخارق الذي أعطاه علم النفس التحليلي للشبان عام 1950م. إذ قدم علم النفس التحليلي خلال النصف الأول من القرن العشرين قدرًا معتبرًا من الفهم الحدسي العميق للدماغ، وتمكن من فهم المسارات الذهنية اللاواعية، والحتمية النفسية، ولعل أكثرها إثارة للاهتمام لا منطقية التحفيز البشري. وتبعًا لذلك مهد علم النفس التحليلي عام 1950م لأقصى حدّ الموقف تجاه العقل البشري الأكثر تناغمًا وإثارة واختلافًا مما قامت به أي مدرسة أخرى من مدارس علم النفس» كاندل، (2000).

أصبح كاندل في المدرسة الطبية مهتمًا بالأساس البيولوجي للعقل وبصفة خاصة بالإمكانية الأساسية البيولوجية لعلم النفس التحليلي. وعليه عاد أخيرًا إلى البحث العلمي الأساسي المتمحور حول فيزيولوجيا الأعصاب، مركزًا على الآليات الخلوية للتعلم والذاكرة. ورأى أن هذه البحوث شديدة الاتصال بالطب النفسي وعلم النفس التحليلي. وانتهى كاندل أخيرًا إلى أن الأعصاب نفسها لم تكن مصدرًا للذاكرة، بل بالأحرى بدت أنا الارتباطات بين هذه الأعصاب وطبيعة هذه الارتباطات هي المميزات ذات الصلة بالذاكرة.

أدركنا أن السمات الخلوية للأعصاب التابعة لمركز الإدراك في الدماغ (الحصين) لم تكن مختلفة بما فيه الكفاية عن سمات الأعصاب الفقرية لتتيح لنا تفسير قدرة مركز الإدراك على حفظ الذاكرة. وبالتالي، اتضح لنا ما كان واضحًا تمامًا في الماضي: أن الآليات العصبية للتعلم والذاكرة لا تكمن في السمات المتعلقة بالأعصاب نفسها. بل، بما أن سمات الأعصاب الناقلة للإشارة متشابهة جدًا؛ أصبحنا نفكر أن الأجدى بنا فهم

كيف تكون الأعصاب مترابطة وظيفيًا. وبالتالي يجب أن يكمن أساس التعلم في التعديل الذي يطرأ على الارتباطات المتداخلة بفعل الإشارات الحسية المناسبة. (كاندل 2000)

ركّز كتاب كاندل على كيفية فكّ شفرة الذاكرة في الدماغ. وطبق أفكار مذهب السلوكية في التعلم في التجارب الفيزيولوجية العصبية باستخدام نموذج بسيط لا فقاري للتعلم: الحلزون أبليزيا

وجدنا أن كلّ أشكال التعلم البسيطة الثلاثة (الاعتياد، والتحسس، والتكييف الكلاسيكي) تقود إلى تغييرات في القوة المشبكية العصبية للمسارات الحسية المميزة، وتحدث هذه التغييرات بالتوازي مع مسار الذاكرة. أدت هذه النتائج التي توقعتها الدراسات الأخيرة لأشخاص متشابهين في التعلم، إلى ظهور إحدى الموضوعات الأساسية المتعلقة بتفكيرنا في الآليات الجزئية لتخزين الذاكرة. وبرغم أن الارتباطات المتعلقة بالتشريح بين الأعصاب تتطور حسب مخطط متكامل، فإن قوة وفاعلية هذه الارتباطات لا تعد محددة بالكامل بصفة تطورية ويمكنها أن تتطور بالتجربة. (كاندل 2000).

ولاحقًا بيّن كاندل وزملاؤه أن مثل هذه التغييرات العصبية الخلوية تطلبت مؤثرات على ثاني الأنظمة الناقلة داخل الخلايا. ولا نحتاج إلى ذكر تفاصيل هذا الجانب من العمل في هذا الكتاب، ولكن ذكرتها لتبرر كيف انتقل كاندل من الاهتمام السريري بعلم النفس التحليلي، إلى جانب أهمية الذاكرة والتعلم، ودراسة الارتباطات العصبية، وبعدها إلى البيولوجيا الجزيئية للتغييرات الملاحظة في الارتباطات العصبية المرافقة للتعلم والذاكرة.

وفي هذه العملية، طبق كاندل دمج العقل والدماغ تجريبيًا. وكان مهتمًا بتفسير نتائجه لفهم الطب النفسي. وإجمالًا، كان كاندل محوريًا في برهنة عملية المرونة العصبية خاصة على النحو الذي طبقت فيه على الذاكرة. وكما ذكرنا سابقًا، كانت المرونة العصبية فكرة ثورية قلبت قرنًا من الاعتقادات حول الأعصاب، وكان لها تبعات مهمة على صعيد علم الأعصاب والطب النفسي. فاز كاندل عام 2000م بجائزة نوبل مع أرفيد كارلسن وبول جرينجارد لـ «اكتشافاتهم المتعلقة بنقل الإشارة

في الجهاز العصبي». كانت الجائزة عن العمل البيولوجي العصبي ولكن كما تبين، عند أواخر 1979م، وفي مقالته: «العلاج النفسي والعصب الخلوي الواحد»، طبق كاندل بعض هذه التبعات على المشكلة القائمة بين العقل والدماغ وعلى فهمنا الأساسي للطب النفسي. وقبل هاندرت، لمّح كاندل إلى الصلة الوثيقة للمرونة العصبية بالممارسة الطبية. فكر كاندل في أن العلاج النفسي يمكن أن يكون تأثيرًا للمحيط الذي يغير الدماغ، وبالتالي عكس الاتجاه الواحد للتأثير من الدماغ إلى العقل الذي تبنته المادية الاختزالية التقليدية. إن تأمل كاندل أكده بحث تعلق بفحص دقيق لطبوغرافيا إطلاق القطب الإيجابي، حيث يمكن أن تظهر تغييرات في تدفق الدم والأيض السكري في أجزاء مختلفة من الدماغ عقب المعالجة بالعلاج النفسي السلوكي كمعالجة لا مثيل لها للاضطرابات الناتجة عن القلق (باير 1996). وفي حين أن البحث في هذا الموضوع يتطلب عادةً العلاج السلوكي المعرفي للاضطرابات المتعلقة بالقلق، كان اهتمام كاندل بعلم النفس التحليلي. لم تقاد مثل هذه الدراسات التجريبية بعلم النفس التحليلي، ولكن من حيث المبدأ، يبدو منطقيًا أن يكون لأي علاج نفسي تأثيرات عصبية.

وفي مقال كتب أخيرًا (نوقش بتفصيل أكثر في الفصل 23)، تابع كاندل تأملاته الأخيرة، ويثبت الآن بيقين أكبر أن العلاجات النفسية تؤثر في الدماغ، وأن بحثه اللاحق يرمي إلى تقديم أساس بيولوجي عصبي لعلم النفس التحليلي (كاندل، 1998م). يتخذ بعض الفلاسفة وعلماء النفس المعرفي هذه الأفكار بجدية، وهم بصدد محاولة برهنة أن الظواهر النفسية المجزئة إلى وحدات بسيطة يمكن أن تترجم على مستوى عال من التحليل إلى مصطلحات بيولوجية عصبية. قد تكون المصطلحات البيولوجية العصبية الأقرب إلى الظواهر النفسية معقدة وتتطلب ارتباطات بين الأعصاب وعلاقات فيزيولوجية مثل التحسس. من الممكن أن تنقسم بعدها الظواهر البيولوجية العصبية إلى ماهيات أصغر لتنتقل أخيرًا من الخلايا إلى الجينات. هذا وبالرغم من أن الحالات العقلية المعقدة لا يمكن أن تختزل إلى حالات جزيئات دقيقة جدًا، إلا أنها توجد كسلسلة غير متقطعة من الجينات وخلايا البروتين، وعبر الارتباطات العصبية تتحول إلى حالات نفسية بسيطة ثم إلى ظواهر

نفسية أكثر تعقيدًا. هذا يمثل نوعًا من الاندماجية التي ليست في نفس الوقت اختزالية على المستوى العام.

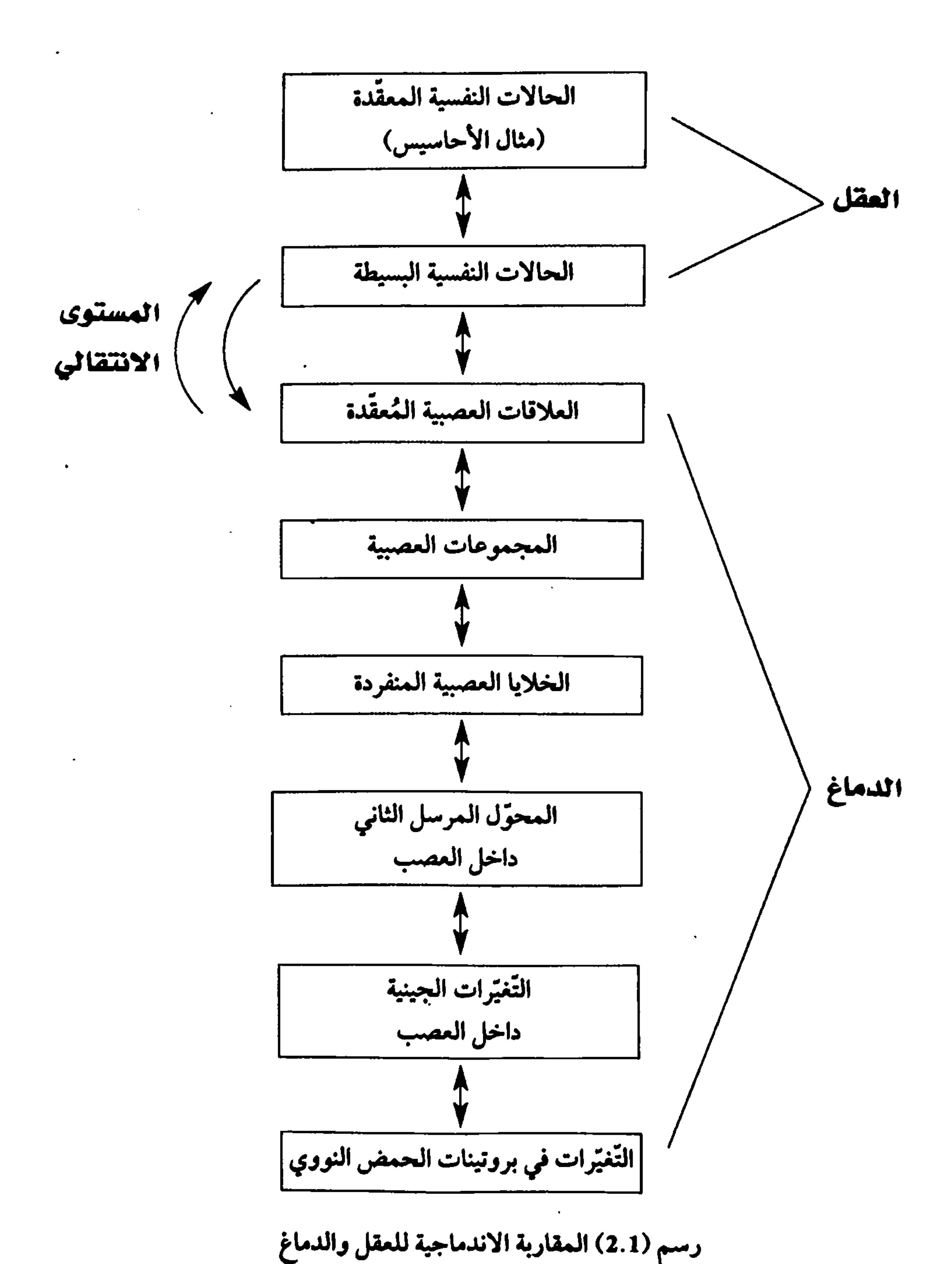
يعدّ رسم (2.1) محاولة مني لألخّص وأبسّط بعض أفكار كاندل بالإضافة إلى بعض الأفكار الشبيهة المقترحة من قبل آخرين بما أن لها صلة وثيقة بموضوعنا[1].

(10)

خلاصة القول، يمكن أن ينقسم الوضع الراهن المفهومي في الطب النفسي إلى مقاربات دوغمائية وانتقائية وتعددية واندماجية. إن معظم أطباء الطب السريري دوغمائيون على المستوى التطبيقي. ويزعمون أنهم انتقائيون على المستوى النظري. وإن أي مقاربة من اللاتي سبق ذكرهن تثير إشكالًا كبيرًا حسب رأيي. لقد أصبح النموذج البيوسيكو اجتماعي القاعدة الأساسية للطب النفسي الراهن بالرغم من أنه يعاني من عدم الوضوح، إلا انه أبقى على هدنة للصراع القائم بين المقاربات المختلفة في الميدان. تمثل المقاربة التعددية والمقاربة الاندماجية مفهومين واعدين أكثر من غيرهما في الطب النفسي. وتعد المقاربة التعددية قديمة في حقيقة الأمر حيث ترجع إلى كارل ياسبرز الذي سأناقشه في فصول لاحقة، وقد مثلها مؤخرًا ماكهاي وسلافني وهافنز. أما المقاربة الاندماجية فهي تعرف في غالب الأحيان بفكر كاندل كما ساندها أيضًا هاندرت. وفي فصول لاحقة، أعود إلى كل هذه النماذج خاصة أخطاء الانتقائية ومعنى التعددية. وفي آخر الكتاب، سأعود إلى هذه الموضوعات وبالنقاشات التي تعد كخلفية، أناقش المزايا النسبية لهذه المقاربات بتفصيل أكثر.

---

(1) أنا مدين هنا لعمل جيليان كراجي وآن جولد (2002)، الذي قدم في مؤتمر عقد أخيرًا حيث قدما مفهوم التجزئة وتعني المحاولة لتفكيك السمات المعرفية إلى معطيات بسيطة، وبعدها ربط هذه المعطيات المعرفية البسيطة بمعطيات عصبية معقدة. وتتمثل فكرتهما في أن كل مستوى من الوصف يفسر مستوى أعلى منه بفضل سمات مشتركة، فهناك مشابهة شكلية بحيث يفسر شيئًا واحدًا بلغات مختلفة، وبالرغم من أن كراجي في المداخلة التي قدمها لم يقم بربط مباشر بنوع الاندماجية التي اقترحها كاندل. وأعتقد أنه بالإمكان القيام بربط ممكن، وتجدر الإشارة إلى أن هناك مساهمة أخرى معروفة جدًا إلى جانب أفكار مماثلة، والفضل يعود إلى نظرية ثورية، ألا وهي مساهمة جيرالد أدلمان (1988).



رسم (2.1) المقاربة الاندماجية للعقل والدماغ

(11)

حينما تطرح مفاهيم الطب النفسي هذه، أجد في الغالب أن الأطباء يميلون إلى مقاربة أو إلى أخرى بشكل عكسي تقريبًا. فعندما أبحث عن سبب امتلاك زملائي آراء معينة، أجد في الغالب أن هناك آراء مرتكزة على نظريات كامنة تخص طبيعة العقل والدماغ. وبمعنى آخر، لنفهم الوضع الراهن المفهومي الحالي في الطب النفسي، نحتاج إلى فحص فلسفة العقل، ونحتاج إلى التفكير فيما تحتفظ به فلسفات العقل من قبل خبراء الصحة العقلية.

الفصل الثاني

ما الذي تجده عن العقل والدماغ

في السنة الأولى في الكلية، قرأت كتاب «التأملات» لديكارت وكان اهتمامي بالمشكلة المتعلقة بالعقل والجسد. كيف بحق السماء تستطيع أفكاري ومشاعري أن تتعايش في نفس العالم مع الخلايا العصبية والجزيئات التي تشكل دماغي؟

دنيال دينيت، 1991م

(1)

يتمثل الرأي الشائع في الفلسفة التحليلية الحديثة في أن هدف الفلسفة هو التحليل المنطقي للحجج المفهومية. ولهذا المنظور قاسم مشترك ضئيل مع أنواع أخرى من أهداف الفلسفة مثل بناء نظم ميتافيزيقية للفكر (هيغل) والبحث عن يقين إبستمولوجي (ديكارت) أو تقديم سند للأنظمة الأخلاقية (كانط) أو العقائدية (أكونياس). وبفهمنا بهذه الطريقة يمكن أن ندرك معنى لمقولة كارل ياسبرز بأن دراسة الطب النفسي تتطلب فهم الفلسفة (ياسبرز [1913] 1997). هذا هو بالضبط وإلا سيشتغل الطب النفسي، مثله مثل أي ميدان علمي آخر، بفرضيات غير متحقق منها وبحجج غير قوية منطقيًا. خاطر مبحث الطب النفسي حينما جازف بالاشتغال على هذا الأمر، وذلك لأن العقل وهو جوهر موضوعه يقترن ثقافيًا بالعديد من الافتراضات والمعتقدات التي قد يكون بعض منها خاطئًا. وعلى سبيل المثال، يعتقد العديد من الناس أن الظواهر العقلية منفصلة عن الجسد، وعليه من الممكن أن تكون عرضة للعلاج النفسي، على عكس العلاج البيولوجي. وفي عديد من

الحالات قد ينكر هؤلاء أن الأمراض النفسية في واقع أمرها هي أمراض طبية. وللآخرين الذين يعتقدون أن الدماغ كاف لتفسير كل الظواهر العقلية آراء مخالفة. ترتكز هذه الظواهر المختلفة على فلسفات متنوعة للعقل وعلى افتراضات مختلفة حول طبيعة العقل أكثر من ارتكازها على خطاب معقلن في شأن ذلك الموضوع من جهة، أو على الدراسة العميقة في طبيعة العقل. إذا كان هذا السبب، فلماذا يلزم دارس العقل أن يملك وعيًا بالفلسفة، هل هناك شيء ما مفيد للتعلم في شأن الطب النفسي في عمل الفلاسفة المختصين في مجال فلسفة العقل؟

(2)

إن أحد أول الأشياء التي تلفت اهتمام الطبيب النفسي والتي تستعمل لمقابلة المرضى وتعترض هواجس ومزاج الفضاء الطبي العلاجي، هو الشعور الأول بنقص الصلة الوثيقة في بعض الخلافات الفلسفية الراهنة. وعلى أية حال، لهذه التناقضات ارتباطات مفيدة بخبراتنا الطبية. فعلى سبيل المثال، كانت ولا تزال مشكلة اللون إحدى مواضيع الخلاف في الفلسفة (جاكسون 1982)[1]. ويتمثل المشكل من النموذج الأول كما يلي: لو سلمنا جدلًا أن ماري هي عالم في مجال الألوان (أساسه الفيزيائي، فهم الضوء والطيف الذي ينتجه الضوء في اللون، ومعرفة مسارات رؤية اللون في الدماغ وبيولوجيا الأعصاب الكامنة وراءها). ولكن لديها مشكلة واحدة، إنها في غرفة سوداء وبيضاء، والسؤال هنا هو: هل تعرف كيف يبدو لها إن رأت لونًا؟

هناك اختلافات في هذا الشأن. هل نعرف ما الألم إن فهمنا كل شيء عن بيولوجيا أعصاب الألم بينما لم نجربه قط؟ هل علم بيولوجيا الأعصاب المتعلق بالألم هو نفس الشيء الألم ذاته؟ إن لم يكن كذلك، ما الذي يوجد ويضاف إلى علم بيولوجيا الأعصاب لنفسر ظاهرة الألم (فلاناغان 1991)؟[2]، يذكرنا موقف

(1) يعدّ مثال ماري العالم المختص في الألوان لجاكسون التجربة الكلاسيكية للفكر المستخدمة لتفسير مشكلة الكواليا.

(2) تمثل تجربة الألم تجربة قديمة تم شرحها من طرف فلاناغان بشكل جيد، ويعد هذا النص حسب رأيي ملخص فلسفة العقل الحديثة الأكثر شمولية وفهمًا.

آخر أن الخفافيش لا ترى، إنها تسبح في الفضاء عن طريق حاسة السمع وعن طريق استعمال موجات كهرومغناطيسية، فهل لدينا فكرة نحن كبشر كيف يبدو حال الخفاش؟ يمكن أن نفهم كل شيء عن البنية الفيزيولوجية للخفاش، ولكن هل يسمح لنا ذلك لنفهم ماذا يمكن أن يكون الخفاش (ناجال 1974)؟

تتقاسم كل هذه الأسئلة أساسًا جوهريًا: هل هناك شيء مختلف عن تجربة شيء ما (لون، ألم، كونك خفاشًا) أعني فوق ووراء فهمنا العلمي لميكانيزمات ذلك الشيء (بيولوجيا أعصاب اللون، الألـم، وكونك خفاشًا؟ بعبارة أخرى بالرجوع إلى اللغة الفلسفية القديمة، هل هناك شيء ذاتي عن تجاربنا العقلية يكون مختلفًا عن الأسس الموضوعية لتلك التجارب؟ هل يمكن أن يفسر هذا الجانب الموضوعي في كلمات؟ بمعنى هل هو بالأساس غير قابل للفهم بطريقة علمية موضوعية؟ أم أن هناك ضربًا من المعرفة العلمية التي يمكن الرد عليها؟

(3)

تمنح هذه القضايا الفرصة للقارئ، أملًا أن يتذوق قضايا معينة في فلسفة العقل الحديثة. يمكن أن يلاحظ القارئ أن لدينا مجموعة من الأسئلة وبعضًا من الأجوبة. يبدو الإجماع الحالي في الفلسفة على أن هذه الأسئلة صعبة جدًا وهو ما يحول دون الإجابة عنها إذا اقترن اهتمام المرء بنظرية «الهوية النفسية الفيزيائية» الصارمة. يتمثل هذا الرأي، الذي ربما يعترف به العديد من الأطباء، في أنه لا يوجد فرق بين تجربة شيء ما، وفهم أساسه البيولوجي العصبي. وبالتالي فإن تجربة اللون هي فهم أساسه البيولوجي العصبي، وقد تكون ماري قادرة على فهم اللون بشكل كامل، حتى وإن لم ترَ شيئًا به لون البتة. يتحقق الألم باحتراق أعصاب مخصوصة بالجهاز العصبي المركزي؛ ولا حاجة عندئذ لأي مستوى من مستويات الظواهر الذاتية لتضاف لفهم الألم. إذ لا يمكن لهذا المنظور على ما يبدو أن يخضع لتفحص دقيق. تسانده، علاوة على ذلك، «تجارب الفكر» الفلسفية المبينة أعلاه. إن الحدس بأن التجارب العقلية لا تقبل الاختزال إلى أسسها الفيزيائية يبدو سليمًا، لأن اختزال ظاهرة الألم المعقدة إلى بنيتها الفيزيولوجية العصبية أمر غير دقيق بشكل كاف.

ومن الناحية الأخرى، يحمل عدد من الفلاسفة الرأي بأن الجوانب الذاتية للظواهر العقلية لا يمكن التعبير عنها بالكلمات، حيث إنها أساسًا غير موضوعية، ولا يمكن أن يبلغها الفهم البشري. تعد السمات الموضوعية غير القابلة للتفسير لفظيًا والتي تسمى **الكواليا (تجارب شخصية معاشة)** فوق مبلغ العقلي البشري. بالرغم من أن تجارب الفكر يمكن أن تقود إلى الخلاصة بأن الظواهر العقلية غير شبيهة بظواهر الدماغ، إنه من غير الواضح لماذا يجب أن يستخلص المرء بناء على ذلك أن الظواهر العقلية غير قابلة للتفسير لفظيًا وغير موضوعية. إنها ببساطة مختلفة عن البنية الفيزيولوجية العصبية للدماغ وغير شبيهة بها.

(4)

ويتمثل رأيي في أن المقاربات الأكثر إفادة في فلسفة العقل الحديثة تحتل مكانة وسطية بين وجهات النظر في تجارب الفكر أعلاه. ويمكن أن تصنف هذه المقاربات كـ**الوظيفية** (دانيال دينيت وآخرون)، ومذهب **المادية الإقصائية** (باتريسيا وبول تشيرشلاند) و**نظرية الظهور**.

أنشأ دانيال دينيت نظرية العقل الشهيرة في كتابه: «**الوعي مفسَّرًا**» (1991). ولأنه يرمي إلى إيجاد أساس تجريبي لنظريته، يرى أن العديد من توقعات نظريته لا بد أن تكون عرضة للإثبات أو التزييف. وبالتالي يمكن أن تكون نظرية دينيت قيد المعرفة والبحث في علم الأعصاب والطب النفسي العصبي[1].

وفلسفيًا يدحض دينيت الرأي القائل بأن العقل والدماغ غير مترابطين وأن هناك شيء مميزًا في شأن العقل القائل بأنه من غير الممكن أن يعبر عنه لفظيًا أو غير قابل للتفسير على أساس العلم الموضوعي. كما يدحض كذلك المادية المتعلقة بـ«الهوية»، ومع ذلك هي تعني أن العقل والدماغ متشابهان، وعليه لكل «ظاهرة تتعلق بالعقل» (كالفكرة)، هناك «ظاهرة تتعلق بالدماغ» يمكن تميزها (مثل الفعل العصبي) والتي يمكن أن تختزل إلى الأول (العقل). فالمسلك الأوسط، الذي

(1) تطرح آراء دينيت بشكل أفضل في الوعي مفسرًا، وقد توسع عمله الأخير بمحاولة لإيجاد قاعدة يرتكز عليها في إطار نظرية ثورية تؤسس لأفكاره.

يمكن أن تتخذه الفلسفة الأميركية الحديثة، هو الوظيفية.

هذا هو الرأي الذي يبين بأن العقل تابع للدماغ، ولكنه غير مختزل إلى الدماغ. إذ لا تمثل هذه التبعية الهوية، غير أن العقل لا يمكن أن يفسر بمجرد الرجوع إلى مقولات مرتبطة بالدماغ (فلا يستطيع المرء أن يعوض «أنا جائع» بـ«الأعصاب «أ» و «ب» تحترق في المنطقة المسؤولة على مشاعر الجوع والعطش والأحاسيس بدماغي). إن للظواهر العقلية لغتها الرمزية الفريدة الخاصة بها، لغة شبيهة بلغة الحواسيب التي تتطلب رموزًا مرتبة بطريقة منظمة لتنتج النتائج المرغوب فيها. وبالتالي ورغم أن العقل معتمد على الدماغ، فللعقل لغته وقواعده الخاصة، فالوظائفية تعرف الأفكار عن طريق الوظيفة التي تقدمها فيما بين الأفكار الأخرى (المعلومات المزودة والمعلومات المنتجة) أو الأفعال.

إن الاختلاف الذي أقامه دينيت على الوظيفية هو حول إقرارنا بأن لغة العقل الرمزية لها صلة وثيقة بعلم بيولوجيا الأعصاب في بعض الجوانب. فانتقد البعض الوظيفية لتجاهلها علم بيولوجيا الأعصاب، حيث تقر بالتبعية للدماغ، ولكنها تتجاهل الدماغ وتركز بشكل كلي على فهم الوظائف

الرمزية للظواهر العقلية. يؤكد دينيت أن علم بيولوجيا الأعصاب وثيق الصلة، فعلى سبيل المثال لا يمكننا أن نفهم منطقة حجب الرؤيا في المجال البصري التي تؤثر في الظواهر العقلية البصرية إذا لم نفهم البنية الفيزيولوجية العصبية لشبكية العين وعلاقاتها بغلاف مؤخر الجمجمة. وبشكل عام، يعتبر دينيت الظواهر العقلية وكأنها تمثل نوعًا من البرامج الوظيفية منبثقة عن «شبكات من العلاقات» بالدماغ؛ وبشكل خاص يعتبر دينيت أن هذا البرنامج هو في شكل متسلسل (ظواهر عقلية متسلسلة زمنيًا («أ» تتبع «ب» التي تتبع «ج») غير أن البرنامج الخاص بالمكونات الخارجية متوازي (الأعصاب مبنية في مسارات متعددة ومتوازنة). ونتيجة لذلك، لا توجد علاقة واحد بواحد مباشرةً بين الظواهر العقلية المتسلسلة وارتباطاتها المتعددة والمتوازنة الكامنة بالدماغ، ولهذا السبب تفشل نظرية الهوية المادية، ولكن إن وجدت علاقات تجريبية بين بنية الدماغ الفيزيولوجية العصبية والقدرة على تجربة ظواهر عقلية متعددة، ستفشل المقاربة اللامادية أيضًا.

يحاول دينيت أن يقدم نظرية العقل التي تتوافق مع ما نعرفه عن بنية العقل الفيزيولوجية العصبية، وما نعرفه عن العقل وعلم النفس البشري. وعلى القراء المولعين تبادل الرأي حول كتابه وتفاصيل هذا النقاش المهم، بما أن مهمتي هنا بالأساس كتابة بحث في شأن فلسفة العقل، فلا أستطيع أن أعطي هذا الموضوع حق قدره في هذا الفصل. ولكن سأعود إلى بعض أفكار دينيت في فصول لاحقة حيث أربطها بمواضيع مهمة في الطب النفسي.

(5)

ما الصلة الرابطة بين الشبكة المتوازية لبنية العقل الفيزيولوجية والمسار المتسلسل للتجربة السيكولوجية؟ على مستوى المفهوم قد تكمن العلاقة في مفهوم الظهور. ما يعنيه الفلاسفة بهذا بالقول إن الكل هو أكثر من مجموع أجزائه. ويعني أحيانًا شيئين (لنقل «أ» و«ب») يتآلفان ليكوّنا شيئًا ثالثًا (يسمى «ج»). يعتبر مفهوم الظهور أن هذه العلاقة غير حسابية: فـ«ج» هي أكثر من كونها مجموع «أ» + «ب». هذا بالضبط لأن جمع «أ» و«ب» يخلق شيئًا مختلفًا تمامًا بمميزات معينة لا تجدها في «أ» ولا في «ب». بهذا الائتلاف المشترك «تظهر» مميزات جديدة لم توجد في الأجزاء المكونة. وبتطبيق هذا المفهوم على علاقة العقل بالدماغ تنتج الأنشطة العصبية من أنواع معينة (مسار «أ» مع مسار «ب»). فإذا ما تآلفت وظهرت في مكان ما في الدماغ، تنشأ ظاهرة نفسية موضوعية لحالة معينة، قد تكون ألمًا وقد تكون غضبًا. بالرغم من أن الظواهر النفسية توجد على مستوى الوصف المختلف عن مستوى أسسها الفيزيولوجية العصبية، لا يمكن للحالات النفسية على أية حال أن توجد دون أعصاب، بينما يمكن للأعصاب أن توجد دون حالات نفسية. بهذا المعنى يكون الماديون على صواب: فالدماغ يأتي قبل العقل. ولكن طبيعة هذه العلاقات تسمح بالوصف السيكولوجي الواحد ليس فقط الوصف الفيزيولوجي العصبي.

(6)

لنظرية «الظهور» التي يطلق عليها كبديل الانبثاق، جذور تعود إلى ثلاثينيات وأربعينيات القرن العشرين، حينما قدم مشاهير أمثال ليود مورغان وآخرين اقتراح هذه المقاربة لفهم الحالات العقلية[1]، كما لها نقاط تشابه بعلم النفس الجشتالتي وبنظريات علم النفس الكلي التي قدمها العلماء الألمان في أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين.

يرفض مفهوم الانبثاق أو الظهور هوية العقل الجامعة بالدماغ، حيث إن الحالة العقلية غير شبيهة بحالة الدماغ، رغم أنها تعتمد وتنبثق عن حالة الدماغ. هناك شيء آخر يحدث عندما تسفر حالات الدماغ عن حالة عقلية، «تنبثق» الحالة العقلية «عن» أو «تبرز منها» مجموعة حالات الدماغ التي تكمن وراءها. وقد يكون هذا شبيهًا بالطريقة التي بها تنبثق أو تظهر الحالات البيولوجية إلى حالاتها الفيزيائية والكيميائية الأساسية، فبالتالي، لا يمكن اختزال البيولوجيا في الفيزياء أو الكيمياء لكي تظهر. وبالطريقة نفسها، للحياة العقلية قوانين خاصة بها ولا تقبل الاختزال إلى حالات الدماغ. إن نظرية الظهور تبدو مقبولة ظاهريًا ومغريةً، ولكن النقاد يجادلون حول غموض علاقة الانبثاق أو الظهور، حيث إنه من غير الواضح ما الذي يحدث بالضبط عندما ينبثق شيء ما عن شيء آخر أو يظهر منه.

كتب ستانلي كوب وهو طبيب نفساني متخصص في الأعصاب، عن العقل بطريقة جد ملائمة مع نظرية الظهور: «إن الخطوط الرابطة بين الفيزيولوجيا ومبحث الأعصاب وعلم النفس والطب النفسي اعتباطية بالكامل. حيث إنها أكاديمية خالصة وذات اهتمام إداري فحسب، وليس لها دلالة بيولوجية. إن علم النفس هو القسم الذي يدرس أعلى مستويات الاندماج وأكثرها تعقيدًا. إذ إنه يضطلع بالفيزيولوجيا عندما يصبح الأمر معقدًا جدًا بالنسبة لعالم الفيزيولوجيا». ويخلص كوب بالقول:

---

(1) حاول أفيال جودمان (1991) أن يدخل بعض المفاهيم الفلسفية المرتبطة بظاهرة الانبثاق إلى الطب النفسي، واصل تلك المفاهيم بمنهجي شرح الأسباب والفهم، كما ربط جودمان مفهوم الانبثاق بثنائية العقل والجسد، وبالنظرية البيوسيكو اجتماعية لهيغل، ورغم أن هذا لا يعد غير منطقي، لا يحتاج مفهوم الظهور إلى أن يرتبط فقط بالنظرية البيوسيكو اجتماعية.

«إنها جريمة في حق الفكر» يعني الفصل بين العقل والدماغ، ولكنه لم يختزل العقل في الدماغ أيضًا (1943، 120، 157)[1].

ما هي خصائص مسار الظهور بالضبط؟ إنه موضوع معقَّد آخر في فلسفة العقل بتبعات مهمة للطب النفسي. وهنا أستطيع أن أشير إلى ضرورة هذا الموضوع وأوجه عناية القراء إلى نصوص لها صلة بالموضوع لدراسة أكثر شمولًا وكثافةً[2].

لنظرية الظهور على الأقل ميزة بأنها تسمح للمرء أن يعمق اتصاله بالنظرية المادية للدماغ والعقل، في الوقت الذي لا تزال تسمح هذه النظرية بنفعية علم النفس كعلم منفصل عن علم الأعصاب.

(7)

كانت هناك نظرية أخرى تسير في اتجاه معاكس لنظرية الظهور، والتي ألغت كل الحديث عن علم النفس لصالح علم الأعصاب. تؤكد هذه النظرية التي وقع

(1) كان كوب متخصصًا من طينة خاصة في الطب النفسي، حيث إنه تلقى تدريبًا متكاملاً في علم الأعصاب وعلم الباثولوجيا العصبية، وقد أتم كذلك إقامته في الطب النفسي بصحبة أدولف ماير في جامعة جونز هوبكنز أثناء الحرب العالمية الأولى، وقد أدار مصلحة قسم الأعصاب بمستشفى هارفارد في مدينة بوسطن لمدة حوالي عقد في عشرينيات القرن العشرين، إلى أن انتقل ليؤسس أول قسم للطب النفسي في المستشفى العام بماساتشوستس عام 1934. وأشرف على إدارة ذلك الجناح حتى إحالته على شرف المهنة عام 1955، وظل الناصح والأب الروحي للمتعلمين وهيئة التدريس في ذلك المستشفى حتى وفاته عام 1967. وكان يعتبر كوب «مايري» الفكر وانتقائي التوجه فيما يخص رأيه العام في الطب النفسي، وواصل الاستناد إلى جذاذات خاصة بحياة ماير المهنية، لفهم الحالات النفسية طيلة مسيرته في ميدان الطب النفسي، ومع ذلك، كان منقادًا لما للدوغمائية من عيوب، ومندفعًا للحاجة إلى تعددية شبيهة بتلك التي تم التطرق إليها في هذا الكتاب، فعلى سبيل المثال، كتب في مقطع يقدم فيه اقتراحًا بأربعة أصناف أساسية في عرضه لوجهة نظره تجاه علم الأسباب الخاص بالجوانب النفسية: «لا يوجد شيء مميز جدًا بخصوص هذه الأصناف الأربعة، فخمسة أو عشرة أو عشرون صنفًا قد تكون صحيحة، أنا أؤكد على أن يكون المرء تعدديًا ومطبقًا لما لديه من نظريات» (كوب 1943، 21)، وفي الوقت الذي بدأ فيه تيار التحليل النفسي باتخاذ مكانة في الولايات المتحدة، بدا وأن كوب أخذ يستأنس نوعًا ما بهذا التيار، مع ظهور ضرب آخر من الدوغمائية. وكان كوب من السباقين للقبول بعلم التحليل النفسي كبديل في مبحث الطب النفسي، وعلى ضوء ما تقدم، أعتقد أنه كان بمثابة وليام جيمس الطبيب النفسي، منفتح الفكر على جميع التوجهات، ولكن يفتقد، كحال جيمس، إلى القدرة على تقديم إطار مفاهيمي لفهمه الخاص بالتعددية، وخلافًا لذلك، يعد كل من بيرس وياسبرز شخصين مهمين خاصة لأنهما أكثر صرامةً على المستوى المفاهيمي.

(2) انظر: جودمان 1991 وكوب1943، ويمثل عمل كيم 1993 مصدرًا فلسفيًا جيدًا.

الحديث عنها بشكل ملموس في كتاب: «فلسفة الأعصاب ـ Neurophilosophy» لباتريسيا تشيرشلاند (1986) فرضية الهوية بمعنى أن نشاط الدماغ مرتبط مباشرة بالظواهر النفسية التي ينتجها[1]، وعلى هذا النحو، من الممكن توقع أن أجزاء معينة من الدماغ تنتج ظواهر نفسية معينة. كما برهن الطبيب الجراح المتخصص في الأعصاب ولدير بينفيلد هذه الحقيقة منذ نصف قرن تقريبًا، وذلك عندما أظهر حالات نفسية كالخوف أو الديجافو (مرور الشخص بتجربة حاضرة عاشها في الماضي) عبر حافز إلكتروني خلال عملية جراحية أجريت على أجزاء معينة من فص الدماغ الأوسط (بينفيلد 1958، 1977، بينفيلد وياسبرز 1954)[2].

من المتوقع أن أضرارًا بمناطق معينة من الدماغ تنتج ظواهر عقلية: إذ يغير الضرر بالفص الأمامي شخصية الفرد على نحو سلبي، فيجعله سهل الانقياد، لا تسترعي انتباهه معظم الأشياء. كما يمكن للأضرار في المنطقة المسؤولة على المشاعر أن تخلف نوبات من الهوس، وتخلف الأضرار التي تصيب أجزاء معينة من مقدمة الفص الأمامي اليساري اكتئابًا، وأما تحفيز فص مؤخرة الرأس فقد ينتج عنه تجارب بصرية أو أعراض هلوسة. كما أن نشاطات أجزاء معينة من الفص الأوسط مرتبطة بتجربة استماع الأصوات. وتجدر الإشارة إلى أن كل هذه الظواهر العقلية سواء كانت غير عادية أو واقعة بشكل طبيعي، ترتبط ارتباطًا مباشرًا بمسبباتها العصبية. كما يبدو أن ظواهر عقلية أكثر تعقيدًا مثل أفكاري الآن، وأنا أكتب هذه الكلمات أو أفكارك وأنت تقرأها، تتطلب ارتباطات عصبية أكثر تعقيدًا بكثير لمختلف أجزاء الدماغ التي من الصعب التحقق منها ووصفها.

---

(1) ترتكز هذه الأفكار على مؤلفات بول تشيرشلاند (1988 1989) وباتريسيا تشيرشلاند (1986) اللذين أصبحا مشهورين بامتلاك رأي يسمى المذهب المادي الإقصائي، وتقر هذه النظرية أن المعتقدات، مثل المفاهيم النفسية الشعبية، تمحى مع مرور الوقت الذي تزداد فيه المعرفة التجريبية العلمية لهذه المفاهيم.

(2) لا ريب أن بينفيلد هو هبة إلهية وهبت لتخصص جراحة الأعصاب، وإنه لمثير للدهشة، كما كان يشير لي أبي دائمًا بذلك، أن ينهي هذا الجراح الموهوب سيرته الذاتية بتأكيد تلازم ثنائي النزعة لوجود حقيقة إلهية وراء العالم الطبيعي، ويدافع عمله المتميز بكل قوة عن تفسير أكثر ارتباطًا بالمادية للجانب الروحاني في الإنسان، وفي هذا الصدد، اتخذ العالم البريطاني المتميز المتخصص في علم الأعصاب السيد تشارلز سيمون (1970) وجهة نظر مادية حول هذه المسألة.

يتمثل الرأي المنسوب في الغالب إلى الفيلسوفين بول وباتريسيا تشيرشلاند بأنه حالما يعرف هذا المستوى من التفصيل العلمي العصبي، فستكون العديد من مفاهيمنا الفلسفية الحالية لزامًا غير ضرورية أو خاطئة. فالمثال الكلاسيكي المستخدم هو كيف صير التقدم في الكيمياء والفيزياء لولا المفهوم القديم لوجود المادة المسمى بـ«فلودجستون» والغرض منه كان لتفسير النار. وحينما فسرت النار عن طريق كيمياء الأوكسيجين، سقطت فكرة الفلودجستون. وعلى نحو مشابه، ستسقط مفاهيم علم النفس الحالية إذا تقدم علم الأعصاب حسب رأي الفيلسوفين تشيرشلاند. يقر هذان الأخيران أن مفاهيمنا النفسية الحالية ومع هذا التقدم العلمي (تسمى «علم النفس الشعبي» لأنها ترتكز على حدس الصالح العام فيما يتعلق بالطبيعة البشرية المقبول ثقافيًا)، ستصبح غير مفيدة حالها حال فلودجستون أو الخيمياء. ربما حمل هذا المذهب المادي الإقصائي نوعًا من المبالغة، وقد يكون الرأي المنتقد أن مساندي هذه النظرية لا يقصدون بالقول إن مفاهيمنا السيكولوجية الحالية جميعها لا أساس لها، بل أن البعض منها سيظهر كذلك، وذلك لوجود تقدم في علم الأعصاب. كما حمل هذان الفيلسوفان شكًا قويًا نحو التلفظ بأشياء معينة مثل معرفة الظواهر العقلية، حيث إنه لا سبيل لمعرفتها مبدئيًا بطرق المناهج العلمية، وعلى المرء أن ينتظر وينظر كيف يتقدم العلم. وإذا كان التاريخ دليلًا للمعرفة، فسوف تفهم بشكل جيد العديد من الأشياء التي تبدو عصيةً على الفهم. ويقر دينيت على تفاؤل أبستمولوجي مشابه أشاطره فيه. كما أود أن أضيف أنه إلى جانب التطورات في علم الأعصاب، بإمكاننا الاستفادة من التقدم في الدراسة العلمية لعلم النفس والطب النفسي، ومواكبة علم النفس التقليدي لذلك.

(8)

لم يؤسس طب النفس بعد ما يصح على تسميته علم الوجود الخاص به. إذ يتركز جزء كبير من علم وجود طب النفس على مشكلة ثنائية العقل والدماغ. فما العلاقة القائمة بين الاثنين؟ هل هما منفصلان كليًا وغير مترابطين كما يدافع أصحاب الثنائية؟ أم هما شيء واحد بالضبط كما يزعم مؤيدو نظرية الهوية؟ هل سنزيل أخيرًا

ذلك الفرق القائم؟ هل ينبثق أحدهما من الآخر؟ هل علينا الحديث عن الوظيفة العقلية باعتماد تشبيهها ببرامج الحاسب الإلكتروني بينما يوفر الدماغ المكونات الخارجية التابعة لهذا الحاسب؟ هل سيقدم لنا مبحث الذكاء الاصطناعي أجوبةً شافية؟ هل من مجال لاستعمال المفاهيم السيكولوجية وعلم النفس التقليدي على وجه الخصوص؟

تضمن مشكلة العقل والدماغ داخل ما يعتبر تفسيرًا أو سببًا لأعراض نفسية علاجية. لو يتخذ المرء رأي نظرية الهوية، إذًا سيسعى المرء لتفسير تلك الأعراض فقط في معنى الظواهر السيكولوجية (مثال أحداث الطفولة ومحيط العائلة).

لم يجب الفلاسفة يقينًا عن هذه الأسئلة. ولكن من الضروري للأطباء النفسانيين البدء على الأقل بالاستماع إلى النقاش القائم بين الفلاسفة حول هذه المشكلات[1]، فالأمر قائم على مستوى واحد، وذلك لأن فلاسفة العقل باستطاعتهم أن يفسروا قدرًا لا بأس به مما نفعله في طب النفس، ومما يجب ولا يجب علينا عمله. وكما ذكرت، أعتقد أن للعديد من الأطباء الإكلينيكيين افتراضات فلسفية حول العقل هي في غاية التطرف (سواء كان المذهب المادي المتطرف، أو المذهب المتطرف المناهض للمادية) حيث يقومون بتشريع هذه الفرضيات في معتقداتهم حول طبيعة الأوضاع النفسية الطبية (فهل هي أمراض أم أنها مجرد ردود أفعال نفسية للقلق؟) والعلاجات (هل تكون أدوية أو علاج نفسي؟). في ظني لو اتخذ أحدهم المقاربة الوظائفية أو نظرية الظهور على سبيل المثال، سيميل إلى النماذج التعددية والاندماجية للطب النفسي، مفضلًا ذلك على الدوغمائية والانتقائية (انظر: الفصلين 23 و24).

وعلى مستوى آخر، قد تخبر التجارب الإكلينيكية عن فلسفات العقل المتنافسة مع حقائق لها صلة بالاختيار فيما بينها. الأمر ذاته مع علم الأعصاب، حيث دفعت حالات ونتائج مثيرة للاهتمام بنقاشات مهمة وقيمة في أوساط فلاسفة العقل. ويجب أن تبرهن العديد من الظواهر الطبية النفسية صلتها الوثيقة بفهم طبيعة العقل

(1) منذ مقال كتبه جودمان عام 1991، لم تنشر صحيفة الطب النفسي الأميركية أي مقال مميز حول فلسفة العقل إلى حين مساهمة رائعة صدرت حديثًا عن كينيث كاندلر (2001).

وعلاقته بالدماغ. فعلى سبيل المثال، ماذا يعلمنا ضعف البصيرة حول الوعي الذاتي الإنساني[1]؟

يرتبط سؤال ماذا يوجد بمشكلة كيف نفهم ما يوجد (علم الوجود يقودنا إلى الأبستمولوجيا) وهو ما يأخذنا إلى الفصل التالي[2].

(1) نوقش في الفصل 17.

(2) لا أستطيع بشكل كاف تأكيد كيف أن فصلاً واحدًا لا يمكن أن يفي الحق الكافي لتفسير عالم فلسفة العقل المعقد، فلا يعد هذا الفصل على الإطلاق متكاملًا أو أصيلًا بشكل خاص، ولا يعني أنه مساهمة أصيلة لفلسفة العقل. وبما أن هذا الكتاب ليس يتمحور أساسًا حول فلسفة العقل بل إنه يعالج مفاهيم في الطب النفسي، فبإمكاني فقط مناقشة موضوع فلسفة العقل على نحو أتطارح من خلاله مع مختلف القضايا ذات العلاقة بالطب النفسي، وأقترح بعض الصلات بمواضيع من شأنها أن تكون ذات فائدة لهؤلاء الفلاسفة المهتمين بالطب النفسي، وعلاوة على ذلك، أعلم كل العلم كذلك أن الفلاسفة سيجدون هذا الكتاب محدودًا غير أنني أرى حقيقةً أن هذا الفصل أكثر من مجرد مقدمة لهذه المواضيع لغير الفلاسفة، وكلي أمل بتقديم حافز لفحص دقيق لهذه المسائل في المصادر الأولية والأدبيات الفلسفية الموسعة.

الفصل الثالث

كيف نعرّف: فهم العقل

تعرف مناهج البحث موضوعاتها بالمناهج المختارة. أي: أن كل تقدم في المعرفة هو في الحقيقة تقدمٌ في المنهج.

كارل ياسبرز/ 1913م

(1)

بالنسبة للطبيب النفسي، يبدو فهم المريض وإدراك مضامين عقله محفوفًا بصعوبات جمة. لقد اقتنع كارل ياسبرز بهذا عن طريق تجاربه الطبية العلاجية. واعتبر مشكلة امرئ بوصفه ذاتًا ومحاولة فهم امرئ آخر بوصفه موضوعًا أمر في غاية الصعوبة. لم يقم ياسبرز نظرية من شأنها أن تخرجه من هذا المأزق. لقد كان في واقع الأمر، ضد نظريات الفلسفة معتقدًا أن نظم الفكر المعقدة بنظام الفيلسوف هيغل كمثال أول قست قسوة شديدة على حقيقة مفاهيم البشر والحياة البشرية. (ارلش، ارلش وبابر 1994)[1]، لذلك يتردد في الكثير من الأحيان، أن ياسبرز انغمس في «التفلسف» حول الحياة والتجربة الإنسانية أكثر من كونه منغمسًا في «فلسفة» النظريات والنظم لتفسير الطبيعة والبشرية. إذا قبلنا الحقائق ببساطة كما هي، وقبلنا أن لدينا في طب النفس هذا المريض الذي نتمنى نحن كغرباء عنه أن نفهمه، وبعدها نواجه ما اعتبره ياسبرز معضلة: فلن يكون هناك منهج واحد كافٍ لفهم المريض. ومهما فعلنا ستبقى تلك الهوة بيننا وبينه قائمة. يمكن أن نجرب

(1) يقدم جزء كبير من النقاش الآتي فهمًا عامًا لفلسفة ياسبرز، وهي الملخصة بشكل أفضل في سلسلة أعماله، مع ملاحظات يقدمها خبراء أكاديميون في فلسفته.

المقاربة الطبية التقليدية (التي يسميها هافنز المقاربة الموضوعية الوصفية) ونستخرج علاماته وأعراضه محاولين أن نربط هذه بالأحداث الموضوعية في حياته ومعرفتنا بالعلامات الدالة على الأمراض. ولكن ذلك لا يفي بالغرض. ويمكن أن نفهمها ككائن حي بمناقشة مشاعره وكيفية اتصالها بالناس في حياته مثل أبويه في فترة الطفولة. ولكن ذلك لا يفي بالغرض أيضًا. ونستطيع أن نطبق تقنيات معينة، مثل منهج فرويد لتقويم المشاعر اللاواعية أو أفكار السلوكية باحثين عن التأثيرات الشرطية لتجارب حياته. ولكن لا شيء من ذلك سوف يفي بالغرض. كما نستطيع محاولة فهمه بصفة فردية وتقريبًا على المستوى الروحي، محاولين أن نضع أنفسنا مكانه باستخدام فكره، وتخيل العيش مثله ومحاولين قدر الإمكان التعاطف معه، وإظهار أننا أصبحنا وجوديًا كأننا هو نفسه. ولكننا في النهاية نعلم أننا لسنا هو وأن فضاءً ما، رغم أنه ضيق، سيفصلنا دائمًا عنه. هذا هو مأزق أبستمولوجيا علم النفس. كيف يمكننا أن نعرف في أي وقت حقيقة شخص ما؟ كيف يمكننا أن ننفذ في أي وقت داخل عقله؟

(2)

من شأن ياسبرز أن يقر بأننا لا نستطيع ذلك. كما يمكن أن يضيف هافنز أن هذا أمر جيد بما أن الوقاية الأساسية ضد الشمولية ألا يكون الأفراد ككائنات بشرية منفصلين عن بعضهم البعض، على الأقل ذهنيًا. وحدها الطوائف والأنظمة الشمولية من تحاول انتهاك هذا الانفصال. ويعد هذا الانفصال السيكولوجي الضامن للحرية السياسية أكثر بكثير من «يد خفية» لآدم سميث أو حكمة السلف المؤسس، ورغم أنه من الممكن أن يكون مفيدًا سياسيًا، إلا أنه يشكل مشكلة كبيرة للطب النفسي.

(3)

تتركز القاعدة المفهومية للطب النفسي على النظريات القائمة حول العقل والدماغ كما نوقش للتو. وهو كذلك على صلة وطيدة بالأبستمولوجيا أو نظرياتنا التي تخص كيفية معرفتنا بأمر يخص العقل البشري. يعد إدوارد هاندرت أحد

الأطباء النفسيين القلائل في الفترة الحديثة ممن حللوا الأبستمولوجيا الكامنة في الطب النفسي بدقة (1989). ويقدم، إضافة إلى ذلك، اقتراحًا بأن الأساس الأقوى للمعرفة في الطب النفسي يعتمد على دمج المعرفة السيكولوجية بالتقدم الحاصل في علم الأعصاب. وبالتركيز على الأفكار المشتقة من فلسفة هيغل، يقرّ أن التطور في علم الأعصاب يقدم سندًا للمعرفة الدقيقة في علم النفس وفي الطب النفسي.

يمثل دمج هاندرت علم الأعصاب بأبستمولوجيا الطب النفسي اجتهادًا مهمًا يستحق نقدًا حذرًا. سوف ألمح على مدى الاختبار الموالي أنه على صواب بصفة عامة، ولكن تبقى العديد من الأسئلة رهينة الإجابة عنها.

(4)

يبدأ هاندرت بتفسير واقعي لفلسفة إيمانويل كانط (كانط [1781] 1998). إذ يعتبر كانط أن المعرفة ليست مجرد وصف دقيق للحقيقة الخارجية، كالتي يمكن أن تحدث عن طريق التأثير المباشر للانطباعات الحسية على العقل البشري إثر الولادة (منسوبة للفيلسوف ديفيد هيوم أيضًا). أشار مقترح كانط إلى حد ما، إلى أن العقل كان عضوًا نشيطًا يؤثر على الانطباعات الحسية عن طريق نشاطاتها المعرفية الخاصة بها. وقد أطلق كانط على هذه النشاطات السيكولوجية اسم الأصناف، ويفسرها هاندرت كجوانب للتحليل السيكولوجي وعملية التفكير. فهو يقترح أن المرء إن أعاد تفسير كانط واقعيًا، فيمكننا إضفاء معنى على أبستمولوجيا كانط بلغة متصلة اتصالًا وثيقًا بالطب النفسي.

وعلى أقل تقدير، تقترح نظرية المعرفة عند كانط أن لا وجود لـ«موضوعية» خالصة حيث إن الانطباعات الحسية للعالم ليست إلا حقائق معرفية وثيقة الصلة. كما لا توجد «ذاتية» خالصة، فأصناف العقل السيكولوجية لا تنتج بنفسها المعرفة.

تكمن المشكلة عند نظريات كانط، كما تشكلت من طرف الفيلسوف نفسه، بأنها تدل ضمنيًا على أنه ليس هناك من معرفة دقيقة حقًا للحقيقة الموضوعية يمكن أن نتحصل عليها، بما أن أصناف العقل السيكولوجية تفسر ضرورةً الحقيقة الخارجية بطريقة ما. وبمعنى معين، تشوه انطباعات الحس من قبل العقل، وعليه

فإن الحقيقة الخارجية التي تنتجها لا يمكن معرفتها البتة من أساسها. تعد هذه الأشياء في ذاتها كما يسميها كانط مأزقًا في الفلسفة الكانطية. فإذا كانت آراء كانط مقبولة، فإننا نحتاج إلى المزيد من العمل لنبين كيف يمكن أن تكون المعرفة دقيقة وموثوقًا بها. وقد أمل هيغل أن يقدم هذه المساهمة الفلسفية.

تمثل رأي هيغل بأن علينا ألا نحاول فصل الحقيقة الموضوعية «من خارج» صاحب الرأي الذاتي «في داخل» كل واحد منا. حيث حاول إزالة الهوة بين الذات والموضوع.

(5)

يصف هيغل في كتابه **فينومولوجيا الروح**، طريقة التفكير في الذات والموضوع التي من شأنها محو هذه الهوة بالكامل. فيبتدئ برأي في حالة ما، حيث يكون الذات والموضوع كائنين حيين اثنين، قل سيد وعبد. بالنسبة للسيد العبد هو الموضوع. ولكن العبد هو كذلك ذات يرى السيد من بين الأشياء الأخرى كموضوع. وبما أنهما يتفاعلان، فهما ينجزان قالبًا معقدًا من الذوات والمواضيع حيث يُزال الحد بين الذات والموضوع في النهاية. وأخيرًا، بالنسبة للعبد فإن خلق الأشياء في العالم كنتيجة لعمله يقود إلى وضع حيث تكون هذه المواضيع التي خلقها العبد أسسًا معتمدةً على العبد لوجودها. وبهذه الطريقة، من خلال «العمل» تكون المواضيع أجزاءً من الذات، من العبد نفسه ولا يمكن لها أن توجد دون ذات. وفي هذا الأسلوب المجرد، يقودنا هيغل في نهاية المطاف إلى الفكرة القائلة بأن التاريخ البشري يقدم منظورًا مختلفًا في الفصل بين الذات والموضوع أكثر مما يقدمه التاريخ الطبيعي. ومتأملًا في الطبيعة، لم يستطع إزالة الحد الفاصل. فبدت الأشياء فقط موجودة كمواضيع في العالم خارج الوجود الذاتي للكائنات البشرية. ولكن هيغل تأمل في التاريخ حيث يتحدث الأفراد مع بعضهم البعض أكثر من كونهم يتحدثون عن الطبيعة. وشخص واحد هو عرض للشخص الآخر، ولكنه كذلك ذات لنفسه. وأساسًا من خلال خلق الحضارة وفي التاريخ البشري يحيط البشر أنفسهم بالمواضيع التي هي جزء من أنفسهم، والتي ينتجها الذات الكائن البشري

نفسه. اتخذ ماركس لهذه الحجة خطوة إلى الأمام مقررًا أن إقصاء البشر عن بعض المواضيع من حولهم ليس طورًا مجردًا في التطور الفلسفي لعالم الروح، كما حاجج هيغل في وقت لاحق في عمله ذي التوجه الديني، ولكنه بالأحرى طور تاريخي في التطور الاقتصادي للمجتمع البشري. وسيضمحل هذا الإقصاء بتقدم اقتصادي أكثر للمسماة بالشيوعية. وفي عالم ماركس المثالي سيصبح إلغاء هيغل الفلسفي للحد الفاصل بين الذات والموضوع حقيقةً تاريخية. سيعيش الناس بهذه الطريقة: من كل فرد حسب قدراته إلى كل فرد حسب حاجياته (حسب القول المأثور لماركس).

على أية حال، أشار هيغل، في التركيز على العلاقات البشرية إلى طريقة خارج المأزق الذي وقع فيه كانط، على الأقل بلغة المعرفة الخارجة عن حدود العلم الطبيعي، وتبدو تلك المعرفة شاملة لعلم النفس البشري. وهذا جزء مما يبنيه هاندرت.

يريد هاندرت القول بأنه بخلق العالم من حولهم، يمكن للبشر كذوات اكتساب معرفة تامة بذلك العالم، لأن الهوة بين الذات والموضوع ليست مطلقة، حيث تعتمد المواضيع على الذوات من أجل وجودهم. إن مفاهيم العقل موقوفة على العالم الذي يترعرع فيه الكائن الحي، حيث ترمي هذه المفاهيم إلى فهم ذلك العالم. وبما أن الذات، الكائن البشري مع تلك المفاهيم، يتأثر بالعالم المحيط، ستتشكل المفاهيم بطريقة ما على شاكلة ذلك العالم.

تتلاءم مفاهيمنا مع العالم وتعكسه بواقعية. ويتحقق هذا التلاؤم بصفة فعلية مرتكزًا على تأثير المحيط المباشر على علم تشريح وكيمياء الدماغ. إذ تصبح عملية المرونة العصبية القاعدة العلمية لميتافيزيقا هيغل.

(6)

إذا تقبلنا هذا الرأي، عندها يمكننا أن نتقدم لحسن الحظ بالبحث التجريبي في الطب النفسي ونرمي إلى فهم أنفسنا مع شيء من الشك فيما نحن بصدد عمله. فبعض التحذيرات تفرض ذاتها رغم ذلك: فماذا عن جوانب العالم التي من شأنها

ألا تؤثر بعقولنا؟ هل نحن فقط غير قادرين على فهم تلك الجوانب من العالم؟ يعتقد بعض مشاهير الفلاسفة أن هناك حدودًا فطرية للقدرة على الفهم البشري (ماكجين 1990).

ولكن هاندرت يتقدم خطوة بالأشياء إلى الأمام، داعيًا العلم ليقدم المزيد من المراهنة التجريبية من أجل تطبيقه الفلسفي للأفكار الهيغلية على الطب النفسي. فهو يصف الكثير من الأدبيات العلمية حول المرونة العصبية الخلوية، وأن تلك الفكرة القائلة بأن الدماغ عضو متأقلم، ليست مطلقة أو غير متغيرة.

وهذا جلي عند الأطفال إذ ينمو حجم الدماغ وتتطور أجزاؤه المختلفة في أشكال مختلفة. فتنعكس هذه العملية فكريًا على مستوى قدرة الأطفال في أعمار معينة للقيام بنشاطات لا يمكن القيام بها في فترة مبكرة: مثل التهجئة والحساب المتقدم ومهارات القراءة. إلخ. كذلك تتطور مهارات سيكولوجية متشابهة مع مرور العمر، ويقترح البعض أن المهارات الأخلاقية تتطور مع العمر عندما يصبح الطفل كهلًا. (كولمبرغ 1981).

تعكس هذه المرونة في الدماغ تأثير المحيط. فإذا وضع عدد من البشر في عدد من المحيطات بتحفيز محدود، ستتطور أدمغتهم بشكل يختلف عن أناس بفضاءات لها محفزات أكثر. تلك التكيفات صغيرة الحجم للدماغ، والتي يعرف عنها الآن أنها تستمر طوال الحياة (بالرغم من أنها تلحظ في فترة البلوغ بشكل أقل عن الطفولة) هي المرادفات العصبية نوعًا ما للتفاعل الهيغلي بين الذات والموضوع. حيث يتأثر الدماغ بالمحيط في بنيته ذاتها وارتباطاته، والأفكار التي تنبع من الدماغ تتأقلم بدورها مع ذلك المحيط. وتبدو جزيئات معينة، مثل GAP 43، جوهرية لهذه العملية، وقد أمضى هاندرت قدرًا كبيرًا من الوقت مناقشًا دلالتها.

وبالرغم من أن تفاصيل هذه الحكاية من الممكن أن تتغير، إلا أن هاندرت ربما يملك المخطط السليم لها. ويقدم علم الأعصاب دليلًا بيولوجيًا في تأييده لنظرية الحقيقة لهيغل. فليس المقياس الداخلي للحقيقة أن يكون الذات والموضوع متشابهين في عدة حالات ـ فكرة مجردة ببساطة، بل إنه ملموس ومنعكس في تأثير المحيط على النمو العصبي. ويوفر الدماغ برهنة خارجية لمعيار هيغل، وحقيقة

معرفة الذات والموضوع ليست مجردة وفلسفية ببساطة، إنما تعكس العالم الطبيعي والبشري من حولنا.

(7)

لم نعد نستطيع ببساطة «مقارنة» الأفكار والأشياء لنحدد حقيقة معرفتنا، لأن عجلة المعرفة تدور دائمًا. لم يعد دماغنا وعقلنا مجرد «تقنية» لتجربة المواضيع الخارجية، لكنه بالأحرى يجب أن يفهم كوسيلة وأداة نبحث بها عن الحقيقة. ولكن خلافًا لمنطق هيغل الذي تأسس في طور البحث عن الحقيقة من داخل تجربته الواعية، تأسس منطقنا في تجارب الذوات البشرية المتفاعلة مع محيطها في آليات معرفية، هي بالأساس تنطبق بالتساوي على كل أفراد الأصناف البيولوجية. وبالتالي، فالعقل وقوانين المنطق غير «منسوبة» إلى أي حقيقة كانت إلا للواقع الفيزيائي، وهو يتطور فعليًا في معجزته البيولوجية. إنه العالم البيولوجي للأشياء الذي ضمن في أفكارنا، وحتى في الشكل الأول لتلك الأفكار. (هاندرت 1989، 280 281).

وبعبارة أخرى، هناك وظيفتان للدماغ: إما «كآلية للتجربة» و«كأداة للمعرفة». كآلية للتجربة حيث يعتبر الدماغ وعاءً متقبلًا كما في نموذج كانط. كان خطأ كانط في بسط هذه الخاصية المعرفية لوظيفة الدماغ إلى حقيقة فلسفية. وأما كأداة للمعرفة فيعد الدماغ خالقًا فعّالًا خلق مما خلق وهي الطبيعة، وبذلك يستطيع أن يدرك الطبيعة (Nature). تتمثل فكرة هاندرت الأصيلة، وهي نسخة علمية عصبية لما قام به ماركس سياسيًا، فيما يلي: لا «يتضمن» العقل معرفته فحسب بل يشارك بدوره الفعّال في تحقيق هذه المعرفة. وأكثر من ذلك، يشارك عالمنا البيولوجي والاجتماعي كذلك بدور فعّال في العقل، بما أننا نكيف أيضًا «مفاهيمنا الرسمية» من خلال المرونة العصبية للدماغ والتي تستعمل لـ«معرفة الأشياء». (1989، 299).

(8)

كل ما سبق يروقني بالفعل. إذ كان هيغل مصيبًا على نحو ما، لو قدر لأفكاره أن تندمج بسهولة نسبيًا في نظرية ثورية ونتائج بحثية في علم الأعصاب. وعلى أي حال، أعتقد أن التعددية تقدم بديلًا للانتقائية أكثر عمقًا مما تقدمه الاندماجية الهيغلية. سوف أتوسع في هذا النقد في الفصلين (23 و24). الاعتراض البسيط المشكك لمقاربة هاندرت، والذي لا أتفق معه، سيكون معارضة لمحاولة ملائمة النتائج التجريبية الجديدة لفلسفة ما، وهذا موقف خاطئ. مثلما تنبأ كارل ياسبرز بأمر ما في مقدمة كتابه: «**الباثولوجيا النفسية العامة ـ General Psychopathology**» حيث توقع نقدًا مماثلًا، فلكل شخص نظريته سواء علم بها أو لم يعلم.

ليس هناك كائن كامل متكامل لكي يعمل في أسلوب كامل غير متحيز، فنحن جميعًا لدينا نظريات معينة أو طرائق تفكير تشكل أساس أعمالنا، أو فرضيات بحثنا من الجانب العلمي. وإذا فكرنا في ذلك، فهي فكرة غير خارقة للعادة، إذ يتوافق معها كل فرد تقريبًا، ممن يأخذها بعين الاعتبار بصفة جدية، وهي حقيقة بديهية وسط فلاسفة العلم. فالعلماء الذين لا يفكرون فيها هم من المترددين في القبول بها. إذن، إذا كان لدينا نظريات تؤثر فينا، فتجاهلها يضعنا عند خطر القبول بنظريات أخرى متحيزة. وقد كانت تلك حجة ياسبرز للانغماس في خطاب مفهومي وفلسفي في كل علم، وقد حاول تطبيق ذلك في طب النفس. فلزامًا علينا أن نرجع إلى ياسبرز في بحثنا عن أبستمولوجيا للطب النفسي.

(9)

ربما ليس من قبيل المبالغة إذا قلنا إن كارل ياسبرز قد فكر بجدية أكثر من أي فيلسوف وطبيب آخر في مشكلة الحدود للفهم البشري، بما أنها تنطبق على العقل البشري. بدا أن تَفكُّرَ هاندرت في هيغل اقترح تلميحًا لمسلك مغاير، ولكن ياسبرز، وقبل عمل هاندرت بمدة طويلة، كان قد اقترح مقاربة أخرى وهي: التعددية.

يعدّ كتاب: **الباثولوجيا النفسية العامة (GP) (General Psychopathology)**

(1997 {1913})[1] الإسهام الأبرز ليسابرز في الطب النفسي. فهو عمل نظري في الأسس الفلسفية للطب النفسي، وأصبح معروفًا بذلك، غير أنه لم يمارس في الميدان البتة. عانى ياسبرز من مرض مزمن أقعده عن الانهماك في «معمعة» العمل الإكلينيكي كما يروي ذلك في سيرته الذاتية[2]. وفي نهاية إقامته التدريبية أقنع رئيسه ليسمح له بقيادة مشروع تحقيق للأسس النظرية للطب النفسي المعاصر، نتج عنه كتابه GP، والذي قام بمراجعته بعد ثلاثة عقود، وهو في رأيي العمل النظري الأول في الميدان. على الرغم من طرافة فرويد وصرامة كربلين التجريبية، لم يفكر أحد لفترة طويلة وبجهد كبير أكثر من ياسبرز حول ما يقوم به الأطباء النفسيون الآن.

فكرة ياسبرز الرئيسة في الـ GP هي ما يلي: بما أن منهجًا أو تقنية واحدة غير كافية أو كافية لفهم المريض فهمًا تامًا، يجب أن نستعملها كلها بصورة منفصلة، وبمعرفة واضحة حول مدى إفادتها، وذلك بالتركيز على نقاط القوة فيها، ومتى تكون دلائل غير دقيقة مركزين على نقاط ضعفها.

أيد ياسبرز على نحو خاص تعددية منهجية ذات مبدأ، ولا تزال قابلة للاستعمال حتى اليوم. وهي تكمل ما بدأه هاندرت، ولكن عوضًا عن اقتراح أبستمولوجيا نظرية بديلة التي يمكن أن تسمح لنا بأن نكون على يقين بمعرفتنا في الطب النفسي، تقبل ياسبرز شكوكنا كما هي، وأيد ببساطة التعددية المنهجية والشك في منهج اكتساب المعرفة الحقة. لم يكن هناك منهج كاف في الطب النفسي ليكون سليمًا بشكل كامل. فقد أخذت المهارات التجريبية كربلين بعيدًا جدًا، وركز تنظير فرويد الرائع على أشياء معينة فقط، وآراء يونغ وأدلر ليست إلا أنصاف حقائق. وبشكل كلي، لا يزال هناك شيء ما حول الكائن الحي ـ حريته (هل نجرؤ على استعمال هذه الكلمة؟)، روحه شيء وراء المعرفة البشرية حال دون أن يفهم في أي وصف طبي أو فكري.

شعر ياسبرز أن المنهج العلمي الواقعي بحاجة لأن يعدل في الطب النفسي،

(1) لو تمكن أي شخص من اختيار نص واحد يهتم بالطب النفسي ليفهم فهمًا جيدًا هذا الميدان، لجاز له ذلك، حتى ولو مر ما يناهز عن قرن بعد كتابته.

(2) يبدو أنه مرض عضال يصيب الرئتين (ايرلتش، التواصل الذاتي، 2001).

لأن كل إنسان فريد من نوعه. لنجعل إسهام ياسبرز أكثر واقعية، وهو في غاية الأهمية، سأحتاج إلى مراجعة الـ GP (بناء على عصره وطوله، وهو أمر غير مألوف لدى الأطباء الإكلينيكيين مع الأسف). سأقوم بذلك في الفصلين (5 و6)، ولكن قبل التنقيب بعمق في عمل ياسبرز أعتقد أنه من الضروري أن نركز على بعض الأفكار الأساسية في فلسفة العلم الحديثة. كما سأمر بعدها بقراءة الـ GP وتحليل محاولة ياسبرز لاستنباط منهج علمي للطب النفسي.

الفصل الرابع

ما المقصود بالمنهج العلمي؟

إنه لمن الخطأ في كل زمان ومكان ولكل إنسان أن يصدق أي شيء بدليل غير كاف.

و.ك. كليفورد

في أواخر القرن التاسع عشر حينما اعتقد البعض أن للداروينية عقيدة دينية غير محددة، قام عالم الرياضيات الإنكليزي و. ك. كليفورد بالتصريح المروِّع أعلاه، مضيفًا «إنه لجرم» أن يمتلك المرء مثل هذه الاعتقادات. وفي تصريح يعكس شفقة صاحبه، أسر هذا العالم روح العصر الحديث، فقد حول مفهوم الخطيئة ضد الدين، إذ كان إثم أن تصدق، أكبر من إثم أن لا تصدق. كان ذلك تحديًا للمؤمن الصادق فقد أتى الرد من مصدر ذي قيمة عالية ممن لم يؤمن ببساطة بأي دين، ولكن أراد أن ينال الحرية ليصدق ما حرمته عقيدة كليفورد العلمية الزاهدة. كان هذا الشخص عالم النفس والفيلسوف وليام جيمس وقدم تعليقاته في مقاله الرائع: «الإرادة للإيمان» (جيمس [1897] 1956).

تلقي مفارقة القرن التاسع عشر الضوء على بعض من النزاعات المفاهيمية في الطب النفسي ليومنا هذا، وحول ما يعنيه الجزم بأن شيئًا ما علمي أو غير علمي. وما المقصود بالمنهج العلمي، وماهيته حينما يطبق على الطب النفسي؟

كان لـ كليفورد رأي متطرف في العلم، وما يعنيه الفلاسفة بلفظ **الفلسفة الوضعية**. أراد جيمس أن يعارض هذا بفهم أكثر انتقادًا لنطاق المنهج العلمي، جازمًا بأنه لا يمكن لأحد أن يتجنب الإيمان، فحتى عدم الإيمان هو إيمان. ومثلما

ناقش ياسبرز، إذا لم يفحص المرء الافتراضات النظرية لشخص ما، سيتعامل معها ببساطة دون وعي. فلكل واحد نظريات ومعتقدات، ويمكن أن يتخذ قرارًا في شأن أبسط المشكلات الحياتية، وفقًا للحقائق فقط. وذلك لأن الحقائق الكافية أمر نادر، فلا يمكن البتة أن نمتلك براهين أو معلومات عن شيء ما، بنسبة مئة في المئة. إذن، تتمثل أول نقطة لجيمس بأننا جميعًا نملك معتقدات خاصة. فالسؤال هنا، هل أقمنا التبرير على أنفسنا بحمل تلك المعتقدات؟

يزعم كليفورد أننا لا نبرر أنفسنا إطلاقًا إن لم يكن لدينا الدليل الكافي. وحاول جيمس أن يبرهن أن هذا التبرير سيضفي معنى فقط لتلك المعتقدات التي يتوفر عندها دليل كاف. هب أنني أعتقد أن الكون مسطح، سيقترح جيمس أن أعدل عن هذا الاعتقاد لأن هناك دليلًا كافيًا على أن الكون دائري الشكل. وببساطة سأخبر نفسي بذلك الدليل، وعندها لا تعد لدينا القدرة لنبرر أنفسنا حينما نفكر بأن الكون مسطح.

ولكن جيمس عجب لهذا الأمر، فهل لدينا دائمًا الدليل الكافي؟ بالطبع لا، غير أن من الوارد أن يردّ كليفورد بأننا ببساطة نحتاج أن نجمع الدليل. لا يزال باستطاعتنا أن نتجنب تصديق أي شيء، فلا نتمسك بأي اعتقاد حتى يتوفر الدليل الكافي. وعلى أية حال يدرك جيمس أن هناك بعض الظروف التي قد تفشل فيها هذه الاستراتيجية اللاإرادية.

(1)

هل يمكن ألا يتوفر في بعض المرات الدليل الكافي؟ هل هناك أسئلة معينة وراء ذلك المعيار؟

أجاب جيمس بنعم، وركز على سؤال هل الله موجود؟ يعد هذا السؤال، الذي أرهق المفكرين لقرون، أحد الأسئلة التي يتفق العديد منا على أنه غير منفتح على البرهنة أو عدم البرهنة. إذ لا يستطيع أحد أن يبرهن أن الله موجود أو غير موجود. لذا، تتفق الأغلبية على أن العلم والمنطق ليس لديهما القدرة على حل هذا السؤال بشكل نهائي.

كما أضيف، أن هناك مجموعة كاملة من الأسئلة التي تندرج ضمن هذا الصنف من الإشكاليات التي لا يمكن الإجابة عنها بالدليل الكافي. ومثلها أسئلة من قبيل هل تستحق الحياة أن تعاش؟ هل علي الزواج؟

في العديد من الحالات، يندفع المرضى للانتحار لأنهم يعانون من الاكتئاب في الغالب. وفي بعض الحالات، يتخذ الأشخاص الانتحار مأخذ الجدّ، مع هذا، لا توجد طريقة للبرهنة أو عدم البرهنة على أحقية العيش. فلا يستطيع أحد أن يضمن لهذا الشخص أن حياته في المستقبل سيعمها الندم، وحسابات مفهومي السعادة والألم قد ترجِّح الانتحار في بعض السياقات.

اعتمد جيمس على مثال آخر هو الزواج، يجب على الشاب أن يقرر الزواج أو لا، ولا يوجد خيار ثالث. وبالتظاهر أنه لا يقرر أو أنه يتجنب قرار الزواج، فهذا مرادف لاختيار ألا يتزوج.

في هذه الحالات كلها، يقرر الناس أحد الخيارين لأن ذلك واجب عليهم، وما للشخص من اختيار. فإما أن يختار أن يقتل شخصًا أو لا، وإما أن يختار أن يؤمن بالله أو لا. ويستبعد جيمس خيار اللامبالاة، اللاأدرية، فوضع الامتناع عن الاعتقاد مرادف لعدم الإيمان عندما لا يوجد اختيار صحيح، شخصيًا أسلم بالفكرة الأساسية لجيمس. ومن الواضح أن هناك بعض الوضعيات في الحياة حيث يستوجب أن يتخذ المرء فيها قرارًا، وأن عدم اتخاذ قرار هو في ذاته قرار. وإن يعارض المشككين الأمثلة التي قدمها جيمس، فهذا مرادف لما سبق.

تخيل أنك ألماني عاش خارج المخيم عام 1943م، وقد لاذ سجين يهودي بالفرار وهرع إلى بابك. وأنت هنا تملك قرارًا، إما ستخبئ السجين أو لا، ولا يمكنك أن ترفض أن تتخذ قرارًا. هب أنك أخبرت السجين بالتالي: «لن أتخذ قرارًا في أي اتجاه حيث إنني لن أخبئك ولن أتركك تذهب بعيدًا». قد يكون هذا مرادف لعدم مساعدة السجين، فبتركه وحيدًا عند بابك، سيقبض عليه، فتكون كما لو أنك سلمته لملاحقيه. بالتالي، عدم اتخاذ قرار هو بمثابة اتخاذ قرار ضد مساعدة السجين. يؤمن جيمس بالفكرة القائلة إن هناك العديد من القضايا في الحياة من هذا القبيل.

دعني أطلق اسم فرضية على أي شيء قد يقدم كمقترح لإيماننا. فلنتحدث عن أي فرضية، إما على قيد الحياة أو ميتة. تبدو الفرضية التي على قيد الحياة كإمكانية حقيقية للشخص الذي اقترحتها له. إذا طلبت منك أن تؤمن بالمهدي، فلن يكون للفكرة أي رابط حسي مع طبيعتك، ولن تتلاءم مع أي مصداقية بشكل كامل، فهي كفرضية ميتة بالكامل. بالنسبة إلى الشخص عربي الأصل (حتى وإن لم يكن من أتباع المهدي)، ستكون الفرضية من بين إمكانات العقل: إنها على قيد الحياة. هذا يبين أن صفة الموت والحياة في فرضية ما، ليست من مميزات طبيعة البشر، ولكنها علاقات ترتبط بالمفكر الفردي، فهي تُقاس بمدى جاهزيته للفعل. إن الحد الأقصى للحياة في فرضية معدة للفعل يعني ممارسة الإيمان. ولكن هناك ميولًا للإيمان أينما يوجد الاستعداد للفعل.

ثم، فلنسم القرار بين الفرضيتين خيارًا. قد تكون الخيارات أنواعًا متعددة. قد تكون 1 على قيد الحياة أو ميت، 2 ملزم أو يمكن تجنبه، 3 مهم أو تافه؛ ولأهدافنا يمكن أن نسمي خيارًا ما، خيارًا أصيلًا عندما يكون من نوع الملزم والذي على قيد الحياة والمهم. (جيمس [1897] 1956)، 2 3).

في هذه الحالات، ما يعبر عنه جيمس بـ«الخيارات الثابتة المهمة، أي: على المرء أن يختار. ومع ذلك، هناك كذلك دليل غير كاف ليقرر. وعليه، يجب على المرء أن يختار وضعية أساسها دليل غير كاف، وهذا بالضبط ما يشير كليفورد بأنه لا يجب فعله. فيعد عدم اتخاذ قرار الاختيار بسبب عدم وجود دليل كاف بمثابة عدم الاختيار». فالذي يرفض أن ينتهز الفرصة الفريدة يخسر المكافأة بالجدية نفسها، كما لو أنه حاول وفشل» (جيمس[1897] 1956، 4).

وبإيجاز، يوافق جيمس فكرة كليفورد في عدة قرارات ولعدة مشكلات، ولكن ليس في جوانب جوهرية للحياة[1].

(1) تناول المبحث الإحصائي لتحليل القرارات المتخذة أفكار جيمس الضرورية (هانينك وآخر 2001)، وقد يكون ذلك مدعاة للفخر بالنسبة لجيمس بأن ينظر إلى مقاربته بشكل جدي، وقد يلام في الوقت نفسه على كون مقاربته تبدو أقرب إلى العلم، وذلك أن العشرات من مواطن الخلل تدل على نتائج محتملة نتيجتها قرارات روتينية اتخذت بشكل تعسفي.

(2)

تعلمنا هذه المفارقة درسًا: حيث يجب أن نبتعد عن الصيغة المبسطة جدًا للمنهج العلمي، فالافتراض الوضعي يقول إن بوسعنا تجنب أي ضرب من الاعتقاد، وعليه نستطيع أن نعرف كل شيء بشكل كامل وفقًا للمعلومات والحقائق فقط. ولكن ليس الحال نفسه في الحياة أو حتى في علوم محددة، لأن كل العلوم لديها افتراضات مفهومية معينة. ولكن في مجال يعنى بالحياة كحال الطب النفسي يكون الأمر أقل.

مع هذا كله، لا يتعارض ذلك مع المنهج العلمي في الطب النفسي، ولكن علينا أن نفحص بأكثر دقة ما نعنيه بلفظ علمي. إذ اكتسبت فلسفة العلم الحديثة مكانةً في هذا الشأن، ولم يتبع الباحثون والإكلينيكيون إلا القليل منها.

بدأت إحدى النقلات من وجهات النظر الوضعية إلى العلم مع توماس كون الذي أصدر في أوائل الستينات كتابه المؤثر: «**بنية الثورات العلمية** - **The structure of scientific revolution** (1962)». كانت أسطورة الفكر الوضعي تعني أن العلم كان مهمة منظمة، وبسبب توالد الحقائق، فرضت النظريات الجديدة نفسها. وقد وضع كون محطات تحت المجهر تمثل عقدًا في التاريخ، وذلك حينما ظهرت أفكار علمية ثورية لتدحض الأفكار القديمة، فلم تتبع هذه الأفكار النموذج الوضعي المنظم.

خذ جاليليو كمثال، فقد أبعد من الكنيسة وتمت مطاردته بسبب كتابه، أو داروين كنقطة جدل متوقدة، وفرويد الذي أقصي بشدة من قبل اتجاه الطب السائد، وأخيرًا، أينشتاين الذي حبك نظرياته الغريبة من هامش الفيزياء وحده لدى مصلحة تسجيل براءات الاختراع بسويسرا. لم يرتكز أحد هؤلاء المؤسسين للنظريات العلمية الراديكالية الجديدة على عمل سابق له، ولم يقابل أحد منهم بطريقة ودية من طرف زملائه في ميدان العلم.

أنشأ كون مفهومه الشهير براديغما التغيير لتفسير هذه التقطعات. وقدم دليلًا على أن هناك طورين للبحث العلمي: العلم «العادي» والعلم «الثوري». ففي مراحل العلم العادي، يعمل العلماء في إطار براديغما موجودة، فيطرحون الأسئلة

ويقدمون الدليل حول المعطيات في فضاء عمل علمي مقبول إن صح القول. يعد هذا العلم العادي غير مثير للجدل، ويتطلب إضافة تدريجية للمعارف. وهو بالأساس رأي وضعي ولكنه مقتصر على طور معين من البحث. ومع ذلك، عندما تبدأ المعلومات التي تتحدى النظريات المقبولة بالتراكم، يذهب الباحثون بالسؤال حول قواعدها الأساسية والنتيجة هي براديغما التغيير. إذا وجد الدليل الكافي على مدى مدة من الزمن، سيستبدل بعض الباحثين ومن يليهم النظريات الأولى بأخرى جديدة. وبعدها يبدأ مسار العلم العادي من جديد. وأحيانًا، يغض النظر على الدليل المتحدي، بالرغم من أنه موجود لمدة طويلة، وذلك لصالح النظريات التقليدية. يمكن أن تظهر تحت التأثيرات الاجتماعية والثقافية براديغمات التغيير كنتيجة تسمح بتأويلات للمعلومات السابقة.

لقد ضخمت نظرية كون من قبل البعض ليستنتج أن العلم محدد بشكل كامل اجتماعيًا وثقافيًا، بعكس الحديث عن «الحقيقة». في واقع الأمر، لا تحتاج وجهة نظر كون أن ينظر إليها بصورة متطرفة. إذ إنني أجد مفاهيمه مفيدة للطب النفسي، وذلك لنكون واعين بحاجتنا إلى التأكد من حقائق معينة قد تبدو غير مألوفة اليوم، ولكنها تؤدي إلى نظريات مهمة غدًا. علاوة على ذلك، من المهم أن ندرك العوامل غير الموضوعية والعوامل الاجتماعية الثقافية التي تؤثر فيما نتقبله كنظريات سائدة.

(3)

حتى وإن قبلنا بأن العلم لا يظهر في فضاء اجتماعي وثقافي، وأن التقدم في العلم متقطع أكثر من كونه متسقًا، سنظل نواجه التفكير بما يعنيه الحديث عن العلم بصفة عامة وعن الطب النفسي بصفة خاصة.

هناك مقاربتان معياريتان في فلسفة العلم. تسمى المقاربة الأولى بالاستقرائية، وتعرف بالفيلسوف الأميركي تشارلز ساندر بيرس (1905 1958م) في القرن التاسع عشر، والذي عد شخصية مثيرة للإعجاب إلا أنه بقي وجهًا غير محبذ في الفلسفة وفي الطب النفسي. ويعدّ بيرس أحد أولئك الفلاسفة أمثال لوك وجيمس وياسبرز الذين دخلوا ميدان الفلسفة من باب العلوم. كانت أعلى درجة لبيرس

درجة الماجستير في الكيمياء، وشغل عملًا رئيسيًا لمدة تزيد على ثلاثة عقود كعالم فيزياء وعالم فلكي لأميركا، بالإضافة لعمله في علم الفلك الجيوديسي. وكانت له مكانة أكاديمية تتمثل في عمل محدد ووجيز كبروفيسور منطق في جامعة جونز هوبكنز وذلك على خلفية اهتمامه بالرياضيات. جاء تأثيره في الفلسفة بواسطة زملائه الأصغر سنًا وليام جيمس وجون ديوي. عاش بيرس مثل سقراط إلى حد كبير، عاملًا بشكل جزئي وبلا أجرة، رجلًا خارج الفضاء الأكاديمي، محفزًا زملاءه لطريقة جديدة ومتكاملة للتفكير. كان مثيرًا للمتاعب فلسفيًا مثله مثل سقراط ومات ميتة شنيعة، وقد أخذ الاحتياج والفقر مأخذًا منه أيما مأخذ في آخر عقد من حياته.

يطالب بيرس، مثل ياسبرز، بأن يعاد اكتشاف اهتماماته من قبل أولئك المهتمين بالعقل. فقد قدم بيرس، مثل حال الوضعيين، حجة على أن العلم يتقدم من خلال التراكم التدريجي لحقائق تتضمن دليلًا مؤكدًا لنظرية بعينها. ومع ذلك أظهر ديفيد هيوم ([1777] 1988) منذ قرن مضى أن الدليل الاستقرائي المؤكد لا يمكن البت فيه. وفي مناقشة للسببية، حاجج هيوم أن لا أحد يمكن أن يكون على يقين مطلق بأن حدثًا ما، هو مسبب لحدث آخر في الطبيعة، لأن المستقبل قد يكون مختلفًا حتى باحتمال بسيط. وبالتالي، نقول إن الشمس ستشرق غدًا لأنها تشرق كل صباح ما حيينا. ولكن ذلك لا يضمن أنها ستشرق دائمًا؛ لعل صبيحة يوم من الأيام لن تشرق لسبب ما، مؤكدًا بذلك أن تجربة «الدمج المتواصل» لا تترجم إلى قانون ثابت للطبيعة. اتخذ بيرس هذه الحجة وحاول أن يحدد كيف أن من شأن العلم معرفة أن شيئًا ما صحيحًا أو حقيقيًا رغم حدود التجربة الاستقرائية. وأخيرًا، يستنتج أن المعلومات الاستقرائية يمكن أن تدنو من الحقيقة بشكل قريب جدًا، بطريقة تجعلها عرضة للشك بشكل ضئيل. ويعتقد بيرس أن بإمكاننا أن نثق أكثر بتلك الحقائق إذا ما اتفق عليها من قبل مجموعة من العلماء الموضوعيين.

ولأن وجهة نظر بيرس ذات أهمية محورية لجزء كبير من نقاشي في هذا الكتاب، سأفسح له المجال ليتحدث لنفسه، وهو يبني حجته في مقال مهم بعنوان: «ثبات التصديق».

يتمثل موضوع التفكير باكتشافنا شيئًا لا نعلمه، من خلال ما نعلمه سابقًا.

نحن بلا شك حيوانات لها منطق، ولكننا لسنا كذلك على نحو مثالي. فعلى سبيل المثال، أغلبنا متفائل بطبيعته أكثر مما يبرره المنطق. وهذا ما يحددنا من خلال افتراضات معطاة ترسم دلالة معينة تختلف عن أخرى اعتاد عليها العقل، سواء كانت بنيويةً أم مكتسبة.

نحن نعلم بصفة عامة متى نريد أن نطرح سؤالًا ومتى نريد أن نلفظ بحكم، لأن هناك اختلافًا بين إحساس الشك وإحساس التصديق بالشيء.

ولكن ليس هذا كله ما يميز الشك عن التصديق. هناك فرق عملي. إذ إن اعتقاداتنا تقود رغباتنا وتشكل أعمالنا. اعتاد سفاكو الدماء أو أتباع شيخ الجبل أن يندفعوا إلى الموت وفق قيادته، لأنهم يعتقدون أن إخلاصهم له يؤمن لهم سعادةً أبدية. فلو كانوا يشككون في ذلك ما قاموا بفعلتهم، إذن فهذا حاصل كل اعتقاد وفقًا لدرجته. يتمثل شعور التصديق بكونه دلالة عما هو موجود في طبيعتنا من عادة معينة تحدد أعمالنا. فليس للشك مثل هذا التأثير.

يجب علينا ألا نتغافل عن نقطة اختلاف ثالثة. فالشك حالة غير سهلة وغير مرضية نتصارع فيها لتحرير أنفسنا والعبور إلى حالة التصديق، بينما تعد الحالة الأخيرة حالة هادئة ومرضية لا نسعى لتجنبها.

بالتالي، للشك والتصديق تأثيرات إيجابية علينا، رغم أنهما مختلفان جدًا. فالتصديق لا يعيننا على القيام بالفعل مباشرةً، ولكنه يضعنا في مثل هذه الوضعية التي تجعلنا نتصرف بطريقة معينة حينما تحين الفرصة. وليس للشك أدنى تأثير من هذا القبيل، ولكنه يعمل كحافز لنا للقيام بفعل إلى أن يتدمر هذا الشك.

تسبب إثارة الشك صراعًا لبلوغ حالة التصديق. سأطلق على هذا الصراع لفظ تحقيق، وبالتالي فالمقوم الوحيد للتحقيق هو بناء الموقف. (1958، 100 95).

يتابع بيرس التعريف بأربعة مناهج للتحقيق. فالأخير والأكثر إرضاءً هو العلم بينما في الوقت ذاته يفرض انفتاحًا متعدد الأوجه لنقاط قوة هذه المناهج الأربعة وحدودها:

يشعر رجل ما أنه إذا تمسك بمعتقداته دون تردد، فإن هذا سيكون كافيًا بشكل كامل. يمكن أن يطلق على المنهج الأول لتثبيت التصديق اسم منهج التماسك. أما المنهج الثاني فقد كان منذ العهود الأولى أحد الطرق الأساسية لتدعيم المذاهب الدينية والسياسية الصحيحة. في الحكم على منهج تثبيت التصديق، التي يمكن أن يطلق عليه اسم منهج القوة، يجب علينا في المقام الأول أن نجيز بالتفوق الذهني والأخلاقي غير القابل للتقدير لمنهج التماسك، الذي يعد نجاحه أعظم بصفة تناسبية. بالنسبة لجموع البشر، قد لا يوجد منهج أفضل من هذا. ولكن لا توجد مؤسسة بإمكانها أن تنظم الأفكار لكل فرد. ويوجد المنهج الثالث (الذي يسمى بالمنهج الما قبلي) في الفلسفة الميتافيزيقية. تُبنيَّت النظم من هذا النوع بشكل أساسي لأن مقترحاتها بدت «مقبولة للعقل». فهذا المنهج يتناسب مع الفكر ويفرض القبول من زاوية نظر العقل بشكل أكبر بكثير مما يفرضه المنهجان الآخران اللذان سبق وأشرت إليهما. ولكن يعد فشله أكثر بروزًا.

ونتيجة ذلك، ولتبديد الشكوك، من الضروري أن يوجد منهج لا تكون فيه معتقداتنا منتجة من قبيل البشر، ولكن من طرف عنصر خارجي دائم البقاء، ليس عليه أي تأثير من التفكير البشري. وهذا هو منهج العلم. ففرضيته الجوهرية هي: هناك أشياء حقيقية لها ذوات مستقلة تمامًا عن أفكارنا، فحقيقة ماهياتنا تؤثر في حواسنا وفقًا لقوانين منظمة. وبالرغم من أن حواسنا مختلفة كاختلاف علاقاتنا بالأشياء، إلا أنه وباستغلال ميزة قوانين المعرفة، يمكن أن نؤكد بعقولنا حقيقة الأشياء، وبذلك أي رجل، سيهتدي إلى خلاصة صحيحة إذا امتلك تجربة كافية واستطاع إعمال عقله بشكل سليم. فالمفهوم المدخل والجديد هنا هو مفهوم الحقيقة. وقد يظهر تساؤل حول علمي بأن هناك حقائق. إذا كانت هذه الفرضية هي السند الوحيد لمنهج التحقيق، فمنهج التحقيق الذي أتبعه، يجب ألا يستعمل لدعم فرضيتي. وللرد على ذلك نقول كالآتي:

(1) إذا لم يعتبر التحقيق مثبتًا على أن هناك أشياء حقيقية، فهو على الأقل لا يقودنا إلى نتيجة عكسية، ولكن يبقى المنهج وطريقة التفكير التي تبنى عليه في تناغم دائم. وليس بالضرورة أن تثار شكوك المنهج من خلال الممارسة كما هو الحال مع المناهج الأخرى.

(2) الشعور المثير لأي منهج تثبيت التصديق هو عدم الرضا عن افتراضين بغيضين. ولكن هناك اتفاق واسع أن هناك شيئًا يتطابق مع المقترح. وبالتالي، لا أحد يشك أن هناك حقائق، وإن شك، لا يمكن أن يكون الشك صادر عن عدم الرضا. وعليه، تكون الفرضية مما يسلم بها كل ذي عقل.

(3) يستعمل كل فرد المنهج العلمي حول الأشياء العظيمة المتعددة ويتوقف استعماله عندما لا يعرف كيفية تطبيقه.

(4) لا تقودنا تجربة المنهج إلى الشك فيه، بل العكس فللتحقيق العلمي أبرز الانتصارات الرائعة في طريقة بناء الموقف. تقدم هذه المعطيات تفسير عدم شكي في المنهج الذي اخترته أو الفرضية المقترحة، وبغياب أي شك أو إيمان بتأثيري على شخص ما، سيكون من العبث بالنسبة لي أن أتفوه بكلمة أخرى في هذا الشأن. وإذا كان هناك من يملك شكًا جليًا حول هذا الموضوع فليتبناه...

إن من غير المفترض ألا تمثل الطرق الثلاثة الأولى لبناء الموقف أي ميزة للمنهج العلمي. فلكل واحد تناسب خاص به. وبالطبع للمناهج الأخرى مزاياها: إن الضمير المنطقي الواضح يدفع ثمنًا معينًا كما أي فضيلة حاله حال كل ما نثمنه ويكلفنا الكثير. ولكن لا يمكن أن نتمناها بشكل غير ذلك. فالعبقرية وراء المنهج المنطقي للرجل يجب أن تُحب وتُبجل كعروسه التي اختارها من بين نساء العالم، ولا حاجة له بأن ينتقد الأخريات. لكن عكس ذلك، قد يكن لهن الاحترام، وباحترامهن يعزها أكثر من أية امرأة أخرى، ولكنها هي التي اختارها ويعلم أنه كان على حق حينما قام بذلك. وباختياره، سيعمل ويصارع من أجلها، ولن يتذمر من بعض الصفعات التي يمكن أن يتبادلها الزوجان. (1958، 102 112).

وبإيجاز، يبدأ بيرس بمعارضة الشك والتصديق. ويحاجج، عكس رأي بوبر الأخير، أن الشك غير كاف، وهو بالفعل غير كاف لدحض الحجج؛ فالشك مجرد محرض يمنحنا القوة الدافعة لبلوغ التصديق. فنحن نؤمن دائمًا كما أشار جيمس ولكن القضية الوحيدة تتمثل فيما إذا كنا على بينة من أمرنا بالشكل الكافي حول معتقداتنا. يقدم بيرس أربعة استدلالات أو مناهج لما يسميه «تثبيت التصديق». فأول هذه المناهج هو المنظور الحدسي، والذي سنقوم بمراجعته في الفصل 9

حول سياق الآراء الشرقية/ الإسلامية. يدحض بيرس هذا الرأي باعتباره أنانيًا؛ يريد معيارًا خارجيًا للتصديق الذي يتجاوز حدود الفرد. فمناهج السلطة (الدين، الأيديولوجيات) والفلسفة (إعمال العقل) قد تركت جانبًا باعتبارها ذات بعد كوني بشكل غير كاف؛ ولا يزال هناك العديد والعديد من الاختلافات في الموقف، وليس هنالك من طريقة واضحة لبيان تلك الاختلافات. لذا، يعد المنهج العلمي هو الحل بالاعتماد على الملاحظة الاستقرائية، وبالتفكير في الحقيقة الخارجية، وهو ما يعتبر محل توافق من قبل معظم أو كافة المحققين بنتيجة مثمرة، ومنفتحًا على الإثبات أو الدحض من طرف أي محقق.

لا يعدّ تأويل العلم مختلف عن تخمينات العالم العادي. في حقيقة الأمر، يقيم بيرس، الذي كان فيزيائيًا متكونًا، الحجة على أن فلسفته الدوغمائية في كليتها تنبثق من محاولة تعميم أسلوب تفكير عالم المخبر على كل مجالات الفكر البشري. ودائمًا ما يبدو أن هناك هامشًا طفيفًا من الشك بالدليل. إذا انتهى العديد من المحققين عن حسن نية إلى نتائج مماثلة، فالاعتماد سيكون أكثر فأكثر على تلك النتائج. أعتبر هذه المقاربة في العديد من الحالات شبيهة جدًا بمناهج التحقيق الاستدلالي في العمل القانوني. ففي القانون، إنه لمن المسلم به أن المشكلات البشرية أحيانًا إن لم يكن أبدًا تستفيد من اليقين المطلق. وبالتالي، هناك حاجة إلى مستويات مختلفة للأدلة، لأنواع مختلفة من الأحكام. يحتاج دليل ما، أن يتخذ «وراء الشك المعقول» الذي يعني 99 في المئة من الاحتمالية، وهو نوع من الاقتراب من اليقين الذي في ذهن بيرس. تتأسس أحكام أخرى على معايير غير ثابتة بكيفية أكبر مثل «رجح الكفة للدليل» بمعنى أكثر من 50 في المئة من الاحتمال. وتظل أخرى تتطلب مستوى أوسط لليقين من بين المستويين الأخريين.

تعدّ المعرفة الاحتمالية عند البعض غير كافية. فتبدو لهم بعض الحقائق أكثر يقينًا، وأن العلم يجب أن يكون على قاعدة أكثر صلابة من القانون. رمى كارل بوبر إلى تفسير كيف أن العلم يكون أكثر يقينًا باستعمال فلسفة المنهج العلمي الاستنتاجي أكثر من استعمال المنهج العلمي الاستقرائي، (1959). حيث ارتكز تخمين بوبر على مقارنته بقبول نظريات أينشتاين الثورية والمفارقات التي تحوم

حول أفكار ماركس وأفكار فرويد الثورية. حاجج بوبر مثل هيوم وبيرس، بأن المثبت كان دائمًا احتماليًا. وبناءً على ذلك، افترض أن الدليل غير المثبت يكون مطلقًا. وقد يقع نقض العديد من الأدلة التي تدعم نظرية ما، من خلال دحض واحد وواضح. فإذا دحضت نظرية عن طريق بعض المعلومات، عندها تكون خاطئة. وبالتالي، أكد بوبر أن النظرية العلمية هي علمية إذا كانت قابلةً للخطأ.

إذا كان بالإمكان دحضها، قد تظهر أنها خاطئة. فيجب أن تسعى النظريات لتقديم توقعات يمكن دحضها. بالتالي، عندما تملك قابليتها للخطأ، يمكن أن تكون علمية. رأى بوبر أن أينشتاين قد فعل ذلك، وقدم توقعات مرتكزة على نظرياته. كانت تلك التوقعات قابلة للخطأ، ولكنها لم تثبت بأنها خاطئة. وبالتالي، أقنع العالم بنظرياته. وخلافًا لذلك، قام ماركس وفرويد بتكوين مذاهب لم تكن قابلة للتبرير بأنها على خطأ، بل كانت طيعة، فقدموا حقائق غير مناسبة في قالب نظري. كانت هذه الميزة الكبرى بالنسبة لـ بوبر حول طبيعة نظرياتهما غير العلمية.

كان اهتمام بوبر بالفيزياء شديدًا، وهو العيب الرئيسي لنظريته، إذ لا يمكن تطبيقها على العديد من الأنشطة في العلم. فعلى سبيل المثال، ارتكزت نظريات داروين على كثافة الاستقراء أكثر من محاولات التزييف، وهناك البعض يقدم الحجة على أن النظرية الثورية ليست علمية لأنها غير قابلة لأن تكون على خطأ. وبالطبع لو أخذت مقولات بوبر حرفيًا في مبحث الطب النفسي، ستنزل العديد من جوانب البحث التجريبي إلى المملكة غير العلمية.

ليس من غير المألوف أن نسمع اليوم حديثًا عن براديغمات التغيير، أو القابلية لعدم ثبات صحة الأدلة في أوساط العلماء وغير العلماء على حد سواء. ولكن هذه الإشارات تكون عادةً سطحية. إذ لا تعني براديغمات التغيير أن نغير فجأةً تفكيرنا حول النظريات، ولا يعني الاعتماد على إمكانية التزييف أننا نقر بأن أي دليل مثبت هو استقرائي بلا أهمية. ولا يزال الصراع بين الاستقراء والاستنتاج، بين بيرس وبوبر قائمًا في الطب النفسي حتى اليوم.

(4)

يقيم البعض الحجة بأن علينا التوقف عن مناقشة ما يعنيه المنهج العلمي نظريًا، بينما كل ما علينا ببساطة أن نكتشف ما يفعله العلماء ويمارسونه. وتكمن المشكلة غالبًا في أن العلماء يعرِّفرن ما هم بصدد فعله كعلم، بناءً على افتراضات حول المنهج العلمي نظريًا. وبالتالي، ينظر إلى العلم في عهد الفلسفة الوضعية على أنه ببساطة مرادف للاستقراء غير المتحيز. فاليوم حيث تكون آراء بوبر هي السائدة، يعد العلم في الغالب كبحث حذر للفرضيات القابلة للخطأ.

فالقضية المهمة هنا هي التمييز بين العلم كهيكل معرفي، والعلم كمنهج معرفي، وهذا هو أول ما قام به فرانسيس بيكون، وأكده بيرس:

> **يلاحظ لورد بيكون أن العلوم، كما نفهمها، لا تمثل شيئًا سوى ترتيب أشياء منظمة مكتشفة مسبقًا؛ وهي ليست مناهج اكتشاف، أو خططًا لإحراز نتائج جديدة. «هذا توقع أول للتباين بين الطريقة التي يظهر فيها العلم الفعَّال لأي نصير متحمس له والطريقة التي يظهر فيها للقارئ. فيحرص هذا الأخير على تعريف العلم كـ«هيكل منظم للمعرفة» بينما يكون العلم للأول طريقة حياة، مثل مهنة القسيس أو طبيب ممارس أو ناشط سياسي؛ وإن مما يميز حياة العلم في عيون رجل العلم، ليس بلوغ المعرفة، وإنما التوجه أحادي التفكير في مسار البحث عنها بحد ذاتها أحادية التفكير هي التي تغض النظر عن كل نظرية في اللحظة التي تبرز فيها حقائق الملاحظة ضدها. (بيرس 1958، 227 228).**

على هذا النحو، وجد إصرار بوبر على قابلية التزييف مكانًا حتى في كتابات بيرس، ليس كمعيار أساسي لتعريف ما يمكن أن يكون مقبولًا كمعرفة علمية، بل كفكرة مهمة، فالفكرة المتشككة تعد مظهرًا لا غنى عنه للعلم، وهي بمثابة منهج أكثر من كونها هيكل معرفة. نرى في هذا التعليق الذي قام به بيرس تعبيرًا آخر للموضوع الكامن وراء هذا الكتاب، وهو إنذار براغماتي متعدد يركز على المنهج أكثر من تركيزه على محتوى فهمنا للعقل والطب النفسي.

(5)

وهكذا، بالرغم من أن منظوري بوبر وبيرس للمنهج العلمي يغطيان معظم هذه المساحة الهامة إلا أنهما لم يعطيانا الخارطة الكاملة لها، مناهج داروين كذلك على وجه الخصوص تستدعي دراسة دقيقة. ففي واقع الأمر، لمناهج داروين في الطب النفسي صلة أكثر وثاقة من مناهج أينشتاين، كما أرى أن آراء بيرس في العلم لها صلة أكبر من آراء بوبر. يشير عالم البيولوجيا التطورية أرنست ماير إلى هذه الفكرة بطريقة غير مباشرة عندما يناقش منهج داروين العلمي:

> كان منهج داروين في الحقيقة جوهرة مناهج العصر لأفضل العلماء الواقعيين. فهم يلاحظون ظواهر متعددة ويحاولون دائمًا فهم كيفية وماهية ملاحظاتهم. وعندما لا يحدث شيء مباشرةً بشكل كلي، يقيمون الحدس ويخضعونه للاختبار بملاحظات إضافية ليسفر ذلك إما عن دحض أو دعم للفرضية الأصلية. لا تتلاءم هذه العملية بشكل جيد مع التعريفات الكلاسيكية لفلسفة العلم لأنها تتضمن وضع الملاحظات وطرح التساؤلات ووضع بالفرضيات أو النماذج، واختبار كل ذلك بعمل ملاحظات أخرى. وهلم جرا. كان تأمل داروين عملية منظمة، استخدمت من طرفه ومن طرف كل عالم حديث ليقدم توجهًا لمخطط التجارب، ولجمع ملاحظات أخرى. لا أعرف استعمالاً سابقًا لهذا المنهج بكل دقة وبنجاح كبير كما فعل داروين. (ماير 1991، 9 10).

سأعود إلى جوانب أخرى لمنهج داروين في (الفصل 7). ولكن لأهدافنا هنا، أريد أن أؤكد أن أعرق التطورات في المجالات ذات الصلة بالطب النفسي تشهد تقدمًا بالتوازي مع الخطوط العريضة لفلسفة العلم، التي تشبه تلك المقترحة من قبل بيرس، ولكن بشكل أقل تلاؤمًا مع آراء بوبر. ومع ذلك، يزعم العديد أن رأي بوبر هو الأكثر دقة، رغم أن له نتائج غير مرحب بها لفهم العقل والمرض العقلي.

(6)

قدم الطبيب النفسي والعالم الجيني كينيث كاندلر في مقال يتمحور حول التشخيص الطبي النفسي وصفًا دقيقًا للمنهج العلمي بقوله: «جوهر المنهج العلمي هو خلق لفرضيات واختبار لأخرى» (1990، 970). يركز كل من بوبر وبيرس على جانب اختبار الفرضية. يؤكد بوبر على الحاجة للدحض، بينما يؤكد بيرس على أهمية المواجهة التوافقية. وأؤكد شخصيًا أن فضاء الموقف الحديث يستعمل أفكار بوبر، في حين يتقدم العلم عمومًا على نموذج بيرس. يضيف كاندلر أهمية الجانب الأول، أي: تحديد إطار الفرضيات: «تتمثل الخطوة الانتقادية الأولى في تشكيل فرضيات بصفة تجريبية قابلة للاختبار» (970). وهذه هي الميزة التي حددت الفائدة للعديد من المدارس غير التجريبية في الطب النفسي، مثل المدرسة النفسية التحليلية. لا تشكل هذه المدارس أفكارها ابتداء بطرق قابلة للاختبار تجريبيًا سواء كان إيجابيًا أو سلبيًا. وإذا ما فشلوا في القيام بذلك بأحد الطرق، حينها لا يمكن أن تعتبر الطريقة علمية سواء على أسس بوبر أو بيرس. وليس من الضروري أن تعني القابلية للاختبار التجريبي قابلية للاختبار بشكل حتمي. فيمكن لأجزاء من النظرية أن تختبر، وفي بعض الأحيان، قد يقيم أحدهم الحجة على أن مفاهيم ميكانيزمات الدفاع جزء من النظرية النفسية التحليلية القابلة للاختبار بشكل كامل، وهي مع ذلك جزء مهم من المبدأ العلمي للبيولوجيا.

إذن، هناك سؤال قائم عما إذا كان التجريب جانبًا جوهريًا للعلم، ونعني بهذا ألا تكمن المشكلة في طبيعة المنهج العلمي الذي يستعمله المرء، لكن الدليل الذي يوظفه يتطلب حتمًا الملاحظة والتجربة في الحيز المكاني والزماني للطبيعة. وتحتاج مثل هذه الملاحظات والتجارب أن تكون من طينة خاصة لكي تكون تجريبية وعلمية، إذ يجب أن تكون خارجية، قابلة للمحاكاة وقابلة للتعديل من ناحية الكم، فمعظم العلم يتقدم وفق تلك الافتراضات. ولا تعتبر التجارب الذاتية الباطنية مثل تلك التي تظهر عندما يحلم المرء بالنهار، ضربًا من المعلومات التي تعمل وفقها المبادئ العلمية.

ولكن هذا يقودنا إلى مأزق آخر علاوة على مأزق ثنائية الاستقراء والاستنتاج.

إذا كان الطب النفسي مرتبطًا بالحالات العقلية، فإنها تتقاطع مع مشكلة التجريب، ومشكلة الحالات الذاتية التي لا تكون عرضةً بسهولة للملاحظة. إذن، أين عسانا نجد منهجًا علميًا للطب النفسي؟ أعتقد مجددًا أننا يمكن أن نبدأ بكتاب كارل ياسبرز **الباثولوجيا النفسية العامة**، والذي حاول فيه أن يتلمس منهجًا للطب النفسي.

بما أنني أرى عمل ياسبرز كمحاولة أكثر شمولية لفهم الطب النفسي من الناحية المفهومية، سأخصص الفصل القادم لقراءة وتعليق دقيق على كتاب ياسبرز. كما سيلي هذا الفصل فصل آخر يربط أفكار ياسبرز خاصة بفهم المنهج العلمي للطب النفسي.

الفصل الخامس

قراءة كتاب «الباثولوجيا النفسية العامة» لكارل ياسبرز

وخلاصة القول، إذا اعتقد أي شخص أن بإمكانه أن يقصي الفلسفة ويتركها جانبًا لكونها عديمة الفائدة، ستلحق به هزيمة في النهاية بشكل غامض أو بآخر.

كارل ياسبرز، 1913م

تُناقَش كتبٌ معينة، في غالب الأحيان، مثل كتاب الرأسمالية لكارل ماركس وأصل النوع البشري لتشارلز داروين وتفسير الأحلام لـ فرويد، إلا إنها نادرًا ما تُقرأ، ولا بد أن هناك سببًا لذلك. إذ إنّ طول الكتب واللغة القديمة وتسرب الأفكار من هذه الكتب العريقة إلى الثقافة العامة، كل هذا يلعب بلا شك دورًا ما. ولكن هناك خطر في الاعتماد على النقاشات حول الكتب العريقة دون قراءتها: إذ يقدم كل نقاش تغيرًا ضئيلًا، لعله لا يدرك في التفكير الأصلي، حتى بعد العديد من تموجات سوء التأويل، من الصعب على المفاهيم الأخيرة أن تدنو من فهم آراء صاحبها. لم يقم ماركس ملاحظته الشهيرة دون داع: «أنا لست ماركسيًا» [دونّها المؤلف بالفرنسية، لتمنح تأثيرًا مضاعفًا].

أريد أن أتجنب ذلك المصير مع كارل ياسبرز. فقد أشرت إليه في العديد من المرات وسأواصل الإشارة إليه تباعًا. وبما أن كتابه الأصلي قليلًا ما يقرأ هذه الأيام، سأفسح مجالًا لأسمح له ليعبر عن أفكاره مباشرةً بالتركيز على عمله الأول

في الطب النفسي الباثولوجيا النفسية العامة (وباختصار يشار إليه بـ GP)[1]. كما أنا بصدد النفاذ إلى أفكاره بتفصيل كبير لأن أفكاري المقدمة في هذا الكتاب ترتبط بشكل أقرب بأفكاره. قد يريد القراء الذين ألفوا أفكاره أو الذين لديهم اهتمام محدود بتفاصيل الـ GP أن يتجاوزوا هذا الفصل برمته، ويتوجهوا نحو الفصل الموالي، حيث أقوم بتحليل إسهامين رئيسيين لـ ياسبرز في الطب النفسي. ولكن أرجو أن يمثل هذا الفصل للقراء الجدد وصفًا مفصلًا وتعليقًا على فكر ياسبرز ويحفز جمهورًا أوسع للـ GP.

(1)

لم يدرس ياسبرز الفلسفة ولم يدرِّسها إلى حدود سن الثلاثين. كان أول الأمر طالب طب، وبعدها مقيمًا في قسم الطب النفسي بجامعة هايدلبرغ. وتجدر الإشارة إلى أن الفيلسوف جون لوك كان طبيبًا متدربًا، وقد يطلق على أرسطو طبيب أولي لأنها كانت مهنة أبيه، وكان يراقب ويتابع أطباءه الممارسين عن كثب. ربما كان وليام جيمس الشخصية الفلسفية الأقرب لـ ياسبرز، وخاصة من خلال خلفيته في الطب والطب النفسي، والذي تدرب كذلك طبيبًا وبعدها درس ودرّس علم النفس التجريبي، قبل أن يتحول اهتمامه إلى الفلسفة. إن جيمس هو من قال: بأن أول درس في الفلسفة حضره في حياته، كان أول درسٍ درّسه! هناك نقاط تشابه بين جيمس وياسبرز (نظرية متعددة الأوجه، اهتمام كبير بالعلم، احترام العقيدة الدينية، الشك في النظم الفلسفية، زمرة مجندة من الطلاب، الليبرالية السياسية). كل هذا يقودنا إلى المقدمة: يعتقد ياسبرز بشدة أن الطريق إلى الفلسفة قد مرّ عبر مجالات العلم. وفي حالته، كان العلم الذي خاض تجربته هو علم الطب الخاص بالطب النفسي. ونتيجة ذلك، كان كتابه الرئيسي الأول، مجلدًا في الطب النفسي تحت عنوان: «**الباثولوجيا النفسية العامة**»، فهو بالنسبة لـ ياسبرز ليس فقط كتابًا في الطب النفسي، وإنما عصارة فكره التي ميزت انتقاله إلى الفلسفة. كان عمل ياسبرز بالنسبة لمبحث الطب النفسي

(1) كل الاقتباسات المأخوذة عن ياسبرز في كتابه GP هي من آخر إصدار لجامعة هوبكنز (1913-1997)، بترقيم الصفحات الموجود في نص الكتاب.

أكثر من مجرد مقدمة لمسيرته الفلسفية. وإضافة إلى ذلك، كان إنجازًا فريدًا في حد ذاته، بقي تأثيره متواصلا في مجال الطب لمدة قرن تقريبًا. وقد علق الطبيب النفسي مايكل شيفرد قائلًا: «كان إضافة نادرة للطب النفسي. كان واحدًا من مفكري زمانه الأوائل، طبيبًا متدربًا قضى فترة طويلة كافية في ممارسة موضوع بحثه ليكتب على أسسها كتابًا بالغ الأهمية»[1].

(2)

كتب ياسبرز الـ GP عندما كان بالضبط في سن الثلاثين. وقد عانى ياسبرز من مرض عضال قد يكون الالتهاب الرئوي الوظيفي، الذي منعه من الاهتمام بالعمل الضريبي لمقيم طبي. فاقترح فكرة على رئيس قسمه فرانز نيسل (معروف أكثر في الوسط الطبي باختراعه تقنية صبغ مميزة للخلايا العصبية) قائلًا: دعني أقضي العام الأخير مقيمًا في المكتبة منكبًا على أطروحة حول الأساس النظري للطب النفسي. راود نيسل شك في بداية الأمر، ولكن ياسبرز أقنعه بأن هناك خلطًا منهجيًا كبيرًا وانحرافًا على مستوى المفاهيم في المجال. ومع ذلك، راقت الفكرة لـ نيسل. وما يلي عرض لكيفية وصف ياسبرز الموقف:

لقد شعر الجميع بالركود في البحث العلمي والعلاج على نطاق واسع في المستشفيات الطبية النفسية الألمانية. ونظرًا لمعرفتهم وخبرتهم المحدودة، آخذين بعين الاعتبار أنفة رجال العلم في العالم، لجأ الأطباء النفسيون الأذكياء، ولكن العقيمون فكريًا، إلى الشك. كان العلاج في مستشفى نيسل كذلك يعاني من قصور، ولم يكن لنا أمل على المستوى العلاجي ولكننا كنا على سجيتنا، هذا ما وجدته حينما أتيت. وبما أنني كنت معجبًا بكل حقيقة ومنهج، حاولت أن أتمكن من كل شيء. وفي الغالب، قد يقال الشيء ذاته بعبارات مختلفة، وعادة ما تكون عامة جدًا. فلعدد من المدارس ألفاظ

(1) كان شيفرد الوجه المميز في الطب النفسي، فكان في أواخر ستينات القرن العشرين شديد الشك في الدليل الخاص بفاعلية الليثيوم للمرض الهواسي الاكتئابي، ومع ذلك، أثبت الليثيوم فعاليته رغم شك شيفرد، وأعاد شيفرد (1995) في وقت لاحق الوجه الجديد لاميل كرابلين متهمًا هذا الأخير بمفارقة في المشاعر بين التعاطف والتسلط، ويبدو أن ياسبرز أحد الوجوه وهم قلة ممن أبدى شيفرد تعاطفه معها.

> خاصة بها، كما لو كانوا يتكلمون لغات مختلفة وامتدت نقاط الالتقاء إلى اللغة الاصطلاحية لجماعة ما، في كل مستشفى. وأحيانًا أشعر في لقاءاتنا واحتجاجاتنا المنتظمة أننا نبدأ من جديد في كل مرة. يبدو أن أحد أسباب هذه اللخبطة الفكرية يكمن في طبيعة ما انتهى إليه حالنا. كان أساس الطب النفسي الإنسان وليس جسده فحسب. كان موضوعنا هو موضوع العلوم الإنسانية. فقد قمنا بتطوير نفس المفاهيم بشكل أكثر غموضًا واختلافًا. كنا بصدد تحليل مقولات قيلت في حالات الارتباك أو التكلم بجنون العظمة، وقلت لـ نيسل: «يجب أن نتعلم من علماء فقه اللغة». ثم بدأت أبحث عما يمكن أن يقدمه لنا علم النفس والفلسفة. ([1957] 1986، 5).

وكانت النتيجة كتاب: «الباثولوجيا النفسية العامة».

(3)

بعد كتابة الـ GP، حول ياسبرز اهتمامه الكامل إلى الفلسفة، وقضى بقية عمره كبروفسور في ذلك الحقل المعرفي. فللكتاب حياة طويلة، إذ عاد إليه ياسبرز بنفسه مرارًا وتكرارًا في مراجعات متعددة، بلغ مجمل طبعاته تسع طبعات. ظهرت ثاني هذه الطبعات عام 1920، وكانت الثالثة صيغة موسعة. أعاد ياسبرز كتابة الكتاب بتعبيرات مفصلة للطبعة الرابعة عام (1941 1942) حينما بقي فترة مطولة دون عمل بسبب معارضته للنظام النازي في ألمانيا. توجد طبعات لاحقة في ألمانيا، لكن الترجمة الإنكليزية ارتكزت على الطبعة الرابعة.

بالرغم من تأثير ياسبرز على الطب النفسي والفلسفة في بلده ألمانيا، إلا أن امتداد تأثيره إلى الأمم الأخرى تطلب ترجمة ملائمة إلى الإنكليزية. وقد أثبت هذا الأمر صعوبةً، إذ اعتبرها الملاحظون في الطب النفسي مشكلة رئيسية، وهي من بين الأسباب التي جعلت دقة ذهن ياسبرز محل أنظار الأطباء الممارسين. ساق الطبيب النفسي البريطاني مايكل شيفرد عنه هذه الملاحظة: «إنه كتاب ليس من السهل قراءته، مركز الحجة، مسهب البناء، صعب بما فيه الكفاية بلغته الأصلية الألمانية، وغالبًا ما يكون غامضًا على مستوى الفهم بلغة أخرى، رغم المجهودات البطولية التي بذلها المترجمون» (1982). وبعد ترجمة كافية يمكن أن يفهمها القرّاء ليدركوا

أن شيئًا مهمًا قد قيل، وأضحى محتوى الكتاب مجرد تلخيص. علَّق الطبيب النفسي البريطاني بول هاريسون قائلًا: «هناك قول مشكوك بصحته، وهو أنه لكي ينجح ياسبرز في امتحان عضوية أطباء رويل كولج، يجب أن يدرج اسمه في مرحلة ما مشفوعًا بتعليق لمدى دلالة كتابه: «**الباثولوجيا النفسية العامة**» وعن الكم الدلالي الذي فقد في الترجمة». (1991).

لقد عمل البروفسور ليونارد أرليش وزملاؤه في العقود الأخيرة الكثير لتقديم ترجمات جديدة ودقيقة لعمل ياسبرز الفلسفي (أرليش، أرليش وبابر 1994). ولكن يبقى العمل المضني لإعادة ترجمة الـ GP غير منجز. ومع هذا كله، فقد نجح عمل آخر في ذلك. بما أن طبعة اللغة الإنكليزية 1963 لم تصدر إلا مؤخرًا، فعلى القرَّاء أن يبحثوا عن محلات الكتب أو أن يعتمدوا على الصدفة ليجدوا نسخة من الكتاب. ونشرت جامعة جونز هوبكنز براس نسخة جديدة من الترجمة الإنكليزية بتوطئة رائعة قدمها بول ماكهيو، رئيس قسم الطب النفسي بجونز هوبكنز. كما أشير إليه سابقًا، يعد عمل ماكهيو مثالًا حيًا للطب النفسي المتأثر بـ ياسبرز اليوم. ونتيجة لذلك، ينظر قسمه إلى عمل ياسبرز كجزء مهم للتكوين الطبي النفسي، ويكنُّ هذا المجال فضلًا كبيرًا لفريق جونز هوبكنز لتوفيره وصولًا سهلًا للطبعة الجديدة لكتاب ياسبرز الـ GP.

(4)

وبالتالي، يمكن أن تجد الـ GP اليوم بسهولة بالرغم من صعوبة قراءة الترجمة. ومع ذلك، هناك عامل آخر عقَّد قبول هذا الكتاب. هذا أول ما أشار إليه شيفرد (1982): إن أبرز صعوبة يطرحها الكتاب للقارئ هي صعوبة ملاءمته في قالب مألوف. لا يمكن أن يصنف هذا الكتاب ككتاب مرجعي. بل يعتبر كخارطة فكرية، ودليل لسلسلة من مختلف مجالات المعرفة المنفصلة، ولكنها مترابطة فيما بينها. وبالتالي، لا يعد الـ GP نوعًا من الكتاب الذي على المرء أن يبدأه من الصفحة الأولى أملًا بعبور سلس من فصل إلى فصل، ثم إلى الخاتمة، بل يتصفح جدول المحتويات ويمر إلى الأجزاء وينظر إلى مشكلات بعينها في الفهرس، ويقرأ

صفحات قليلة لمادة ملخصة بدقة. هو ليس كتابًا في الطب كما لا يمكن أن يكون كتابًا في الفلسفة. يتضمن محتواه تعريفات لحالات الاضطرابات النفسية أكثر من كونه مناقشات مفهومية أو تطبيقات في المنطق. لا يمثل الـ GP أيًا منها، ولكنه أخذ شيئًا قليلًا من كل منها. من المحتمل أن لفظ شيفرد «خارطة فكرية» يعبر عن طبيعة الكتاب بالشكل الأنسب. يعين ياسبرز بوضوح هدف هذا الكتاب بقوله: لنفهم القاعدة المفهومية لما نقوم به في الطب النفسي.

> **أودُّ أن يمنح كتابي القارئ معرفة واسعة في الباثولوجيا النفسية، وإنه لمن السهل أن يتعلم مصطلحات ومفردات تقنية، ويمتلك الجواب على كل شيء. على المتعلم أن يتدرج ببطء في امتلاك حدود المعرفة بمبحث الكتاب ضمن إطار معرفة مميزة، وذلك يكمن في القدرة على التفكير بموضوعية في أي اتجاه. يعتمد موقف المثقف في الطب النفسي على تجربتنا وعلى استعمالنا الدائم لقوة ملاحظتنا ليس هناك كتاب بإمكانه أن يمنحنا ذلك ولكنه يعتمد كذلك على توضيح المفاهيم التي نستعملها وسعة ودقة فهمنا، وهذا ما أرجو أن يدعمه كتابي (50).**

يعبر شيفرد (1982) مرة أخرى عن الروح التي يجب من خلالها مقاربة الـ GP لأول مرة، بعد الإشارة إلى مقولة ياسبرز أعلاه:

> **يتوقف بلوغ هذا الهدف على توضيح جملة من المفاهيم التي تعد تقليديًا إما متغافلًا عنها أو مبسطة إلى حد كبير في أدبيات الطب النفسي. ولنعطي لمثل هذه المواضيع حق قدرها كعلاقة العقل والجسد، دور التحقيق العلمي، ضوابط التصنيف، الشخصية، ثنائية الذاتي والموضوعي أو مفاهيم الصحة والمرض، تحتاج إلى معرفة تاريخ الأفكار في الميادين الأخرى. وقد وضع ياسبرز هنا موضع قدم، حينما قدم تقليدًا عظيمًا للفلسفة والنظرية الاجتماعية لتتوائم مع هذه المشكلات الدائمة المتعلقة بالباثولوجيا النفسية.**

قدم بول ماكهاي موقفه في التوطئة لطبعة هوبكنز. (1997، 4):

> **شعر ياسبرز بأن الطب النفسي يتوسط منزلة بين العلوم، حيث تتبين قوانين الطبيعة، والتاريخ، وحيث تعتبر الأحداث المحتومة ناتجة عن الاختيارات**

والأفعال البشرية... فهو يعتقد ويؤكد في دراساته الفنومونولوجية أن الإنسان الفرد حتى وإن أصابه اضطراب عقلي هو أكثر مما نحيط به عنه. وبالأساس، كان توجه ياسبرز أن يظهر للأطباء النفسيين بالضبط ما يعرفوه وكيف يعرفوه وما لا يعرفوه ولا يمكن زعمه. فقد ألف هذا الكتاب حاملًا في ذهنه هذه الأهداف... أعتبر هذا الكتاب ضروريًا حتى وإن كتب منذ أربع وثمانين سنة مضت، قبل اكتشاف تخطيط كهربائية الدماغ والحمض النووي أو نورإبينفرين... لدينا معلومات أكثر مما وجد ياسبرز في رفوف مكتبة هادلبورغ، ولا نزال مختلفين حول كيفية تنظيم هذه المعلومات لندفع تقدمها الثابت ونقرأ رسائلها الجوهرية.

(5)

أقام ياسبرز الحجة على أن هذا كله يمكن أن يختصر بالقول إن الـ GP لم يكن نصًا طبيًا أو كتابًا فلسفيًا، بل إنه كتاب في الباثولوجيا النفسية، المبحث الذي يتوسط بين علاقة كل من الطب النفسي والفلسفة. هذا ما جعل الـ GP ذا أهمية للمحترفين في كلا الميدانين. وبما أن ياسبرز يناقش طبيعة الكتاب وأهدافه بشكل صريح في مقدمته، فمن الأحسن أن نفسح له المجال ليتكلم عن نفسه:

ليس المطلب من وراء الباثولوجيا النفسية العامة جمع اكتشافات فردية بل خلق سياق لها. ولا بد أن يكون هدفها الإيضاح والتنظيم والشحذ. فالواجب أن توضح معرفتنا بالحقائق الجوهرية وبالمناهج العديدة المستعملة، وتنظم هذه المعرفة في شكل قابل للفهم ليشحذ ويدعم الفهم الذاتي للبشرية. وعليه، يتبنى بالأساس وظيفة تعزيز المعرفة التي تتعدى العملية البسيطة لإيجاد الحقيقة. (38 ـ 39).

النقد الواعي للمناهج عوضًا عن الدوغمائية: عوضًا عن فرض الموضوع المطروح في قالب من النظرية المنظمة، أحاول أن أفصل بين مختلف مناهج البحث، والآراء والمقاربات المتنوعة لكي أكسبها تركيزًا أوضح، ولكي أبرز تنوع الدراسات الباثولوجية النفسية. ودون تغافل عن أي نظرية أو رأي. سأحاول فهم كل رأي مختلف ومنحه مكانة ما، وفقًا لدلالته وحدوده. (41).

التصنيف وفقًا للمناهج: يمكننا التوصل إلى حقائقنا باستعمال منهج معين، إذ ليس هناك حد قاطع يفصل بين الحقيقة والمنهج. بل يوجد أحدهما من خلال الآخر. وبالتالي، يعد التصنيف وفق المنهج المعتمد كذلك تصنيفًا واقعيًا لما هو كائن، كما هو بالنسبة لنا. (43).

تداخل الفصول: في كل فصل هناك منهج واحد يعدّ مهمًا، يوجه تركيز القارئ إلى كل ما تم بيانه... ولكن (كل منهج) له علاقة ما، بموضوع آخر يفهم كما ينبغي عن طريق المناهج الأخرى. (47).

(6) قراءة الباثولوجيا النفسية العامة

يتكون الـ GP من مجلدين وستة أجزاء. الجزء الأول هو قسم يتمحور حول الفنومونولوجية وهو الذي يصف فيه ياسبرز بشكل دقيق عددًا من الحالات الباثولوجية النفسية. بينما يتضمن الجزء الثاني نقاشًا لتلك الظواهر باستعمال منهج الفهم (Verstehen)، كما يحتوي الجزء الثالث على نفس الفكرة، ولكن باستعمال منهج شرح الأسباب (Erklaren). وهاتان هما طريقتا المعرفة التي يقحمها ياسبرز في الطب النفسي. هذا ويرمي الجزء الرابع (فكرة النفسية كماهية واحدة) إلى الربط بينهما بشكل أكثر إثارة في نقاشات الشخصية وعلم تصنيف الأمراض. ويركز الجزء الخامس على العوامل الاجتماعية والتاريخية التي أثرت في الطب النفسي، هذه العوامل التي غالبًا ما يتغافل عنها من بين العوامل ذات المنحى البيولوجي. ويناقش الجزء السادس والأخير (الكائن البشري ككل) والعلاقة بين الفلسفة والطب النفسي بتفصيل أكثر، مقدمًا بذلك أفكار ياسبرز الفلسفية. حيث تكشف هذه المرحلة الأخيرة عن إحساس بالمرحلية لـ ياسبرز بما أنه يعتبر مدخله إلى الفلسفة اعتباطيًا، وذلك بإدراك حدود ما يمكن أن يعرفه عن طريق العلم (خاصة الباثولوجيا النفسية). تتمثل مهمة الفهرس والمقدمة كليهما كمراجعات عامة للمواضيع الرئيسية المطروحة في النص وتحديدًا الفرق بين الفهم وشرح الأسباب وأهمية التعددية المنهجية. وبالتالي، لتجنب الوقوع في نظرية لا علاقة لها بالنظريات الأخرى، أقترح أن تقرأ المقدمة بشكل غير دقيق. وخلافًا للنقاد

السابقين، أنصح بقراءة متسلسلة للمجلدين بتركيز على الأجزاء التي سأبينها أدناه. وفي النهاية، سيتبع الفهرس بسهولة وأخيرًا أنصح بإعادة قراءة المقدمة كرابط يربط كل شيء ببعضه البعض.

(7) المقدمة

يقدم ياسبرز هنا الخلفية المفاهيمية للكتاب، ويضع تخطيطًا للنظرية العامة التي يرمي إلى تفصيلها في الكتاب. يتمثل هذا المفهوم العام وسيناقش أكثر بأن كل علم يستعمل مناهج مخصوصة، وأن هذه المناهج تسمح للعلم باكتشاف أشياء معينة، كما يضع حدودًا لإمكانية ذلك العلم ليعرف عن الأشياء الأخرى. ويحتاج المرء إلى معرفة مناهج معينة بشكل واع وواضح ليطبق علمًا ما، وليفهم موضوعه بطريقة ملائمة، وفي حالة الباثولوجيا النفسية، يهدف الـ GP إلى تطبيق هذا «الوعي المنهجي» فقط. ولا بد أن تقود المقدمة إلى الإدراك بأن هذا هو المنهج ونتاج المحاولة الكاملة الأخير للـ GP. يضع ياسبرز عصارة تفكيره في القسم (3 و4) («الحكم المسبق والمسلّمة الضمنية» و«المناهج» ص. 16 ـ 37) من المقدمة. وحسب رأيي، إذا ما اختار قارئ قسم واحد فقط من الـ GP ليقرأه، لكانت هذه الصفحات التسعة عشرة هذا القسم. وبالتالي، أقتبس هنا بشكل مكثف مما كتبه ياسبرز:

هناك فترات حاولت فيها الفلسفة أن تخلق من «الأعلى» ما يمكن أن تكسبه التجربة من «الأسفل». ويبدو أننا تخلينا اليوم عن هذا التوجه، لكنه ظهر من جديد هنا وهناك في شكل نظريات مبهمة. فالروح القديمة تتأرجح بصورة يمكن تمييزها خلف نظمنا المقبولة للباثولوجيا النفسية العامة. إن رفضنا للتنظير الفلسفي الاستقرائي والعقيم أمر مبرر، ولكنه غالبًا ما يرتبط للأسف بسوء الفهم المعاكس، وهو أن المقاربة المفيدة والوحيدة تتمثل بمواصلة جمع خبرات بعينها، وأن تجميع المعلومات بشكل عشوائي أفضل من التفكير بروية. ومن هنا يأتي ازدراء نشاط التفكير الذي يمنح وحده مكانةً للحقائق، مخطط عمل، ووقفة تأمل للاكتشاف، وحافزًا كبيرًا للثناء على الأهداف العلمية.(16)

ينظر إلى الحقيقة بثبات من زاوية نظرية أو أخرى. وعلينا بالتالي أن نبذل

جهدًا متواصلًا لإسقاط الأحكام المسبقة المتعلقة بالنظريات الموجودة دائمًا في أذهاننا، ونعود أنفسنا على القبول القطعي للحقائق. ويمكن أن نقبل بهذه الأخيرة فقط من ناحية الصنف والمنهج، وعلينا بالتالي أن نكون واعين بالمسلمات الكامنة في كل اكتشاف، وفقًا لطبيعة الموضوع ومدار بحثه «تكمن النظرية في كل حقيقة». (17)

ومع هذا، المحقق الباحث ليس مجرد قالب تسكب فيه المعرفة. هو كائن حي، وبما أنه كذلك فهو أداة لا غنى عنها في بحثه. إن المسلمات الضمنية والتي من دونها يبقى بحثه عقيمًا عادة ما تضمن في شخصه. وقد يحررنا التوضيح من الحكم المسبق، لكن المسلمات الضمنية تبقى جزءًا ضروريًا للفهم. فهي تبدو كأفكار أولية نتخذها لاحقًا كفرضيات تجريبية... وتوفر المسلمات أفكارًا توجيهية لتشكل الحياة العقلية لهؤلاء المنغمسين في البحث؛ لأنها تحتاج إلى أن تدعم وتستثمر ثم تعرف. وهي لا تثبت صحة البصيرة، ولكنها مصدر لأي حقيقة أو صلة وثيقة تبلغها. (21)

إن الأحكام المسبقة (خاطئة) ثابتة إذ تؤخذ المسلمات المقيدة بشكل خاطئ كمسلمات مطلقة. والمسلمات الضمنية (صحيحة) وموجودة أصلًا في المحقق نفسه، وهي أساس قدرته للنظر والفهم. وإذا وضحت، ستفهم بشكل جيد وصحيح. (21)

في الأدبيات الطبية هناك نقاش كبير لاحتمالات بسيطة، وقدر كبير من التعليق الذاتي والتأملي الذي يفتقد إلى التجربة الأصلية... من المثير للشفقة أن نضيع الوقت في حجة تافهة لا معنى لها، أو في نماذج خيالية تستدعي الكثير من الانتباه. إن كان ولا بد من إدراك أساسيات بيقين، فليكن دليلنا منهجية مقبولة الفهم بوضوح(22). يعني كل تقدم في المعرفة بالحقيقة تقدم في المنهج. (23)

يعدّ التعريف الواضح للمعلومات الأصلية بالغ الأهمية. حيث يصبح منطق الحسابات لا معنى له، إذا لم يتم تعريفه بشكل لا لبس فيه من قبل أي باحث آخر في أي وقت، قد تؤدي طريقة صحيحة مرتكزة على معلومات غير دقيقة إلى أخطاء أكثر أهمية. (24)

وتتمثل المشكلة الرئيسية في إيجاد تلك المناهج التي ستنتج بعضًا من الحقائق المعلومة، وذلك من خلال تدفق الحياة اللامتناهي والمربك.

فاكتشاف طريقة لجعل حقائق معينة قابلة للفهم لأجل أن يعاد النظر فيها من قبل الآخرين، ما هو إلا بداية البحث كله.

يرمي العلماء إلى إنكار فاعلية أي مصدر سيكولوجي للمعرفة العلمية. فيتقبلون فقط ما يمكن تصوره بصفة موضوعية بالحواس، وليس ما يمكن أن يفهم من خلال الحواس. ولا يمكن أن يدحض رأيهم، لأنه لا يوجد أي دليل عن فاعلية المصدر الأساسي للمعرفة. ولكن قد نبحث على الأقل على التلاؤم. وعلى هؤلاء العلماء الامتناع عن الحديث عن النفسية وحتى التفكير بمعنى الأحداث النفسية. كما عليهم أن يوقفوا العمل بالباثولوجيا النفسية وأن يلزموا أنفسهم بدراسة الوظائف الدماغية والفيزيولوجيا العامة. ربما يبدو هذا عدمية عقيمة يظهرها أشخاص مقتنعون بأن عدم كفاءتهم ترجع إلى مدار بحثهم لا إليهم أنفسهم. (28)

يحذر ياسبرز من أخطاء معينة متعلقة بالمنهج في الطب النفسي كـ«أشباه فرضيات غير محدودة»:

نحتاج إلى فرضيات عملية لتفسير حقائقنا. [ولكننا تباعًا] نواصل خلق مفاهيم بعيدة المدى أكثر فأكثر، ونطور البنى المفهومية النظرية، ونستعمل مفهومًا بعد آخر فقط لغاية تكوين المفاهيم. وبناء على ذلك، يجب أن نبحث عن كل منهج سواءً يعزز معرفتنا ويمنحها عمقًا وشكلًا، أو يجعلها متمكنة أكثر من التعريف بالظواهر بينما تنشأ. هل توسع تجربتنا وتزيد من مهارتنا؟ أو هل تؤدي إلى فراغ من المجردات، ثم بالتالي تقيدنا بالأفكار والخطط، مما يجعلنا نجد أنفسنا فجأةً في عالم بعيد عما نعاينه أو نفعله وننتقل من فراغ إلى آخر؟ (33)

حسب رأي كانط، يجب على موقف خبير الحالات الذهنية في المحاكم أن ينحدر من كفاءة الطاقم الفلسفي. لكنه لن يكون كذلك في الحيز التطبيقي على أرض الواقع. إضافة إلى ذلك، تتوقف مقولة كانط على أن كفاءة الطبيب النفسي متناسبة حقيقةً مع درجة التعليم والمعرفة التي تؤهله إلى الانتماء إلى الطاقم الفلسفي. ولا يتحقق هذا الهدف (كما ظهر) باكتساب بعض الآراء والمناهج التي تنتمي إلى عالم الإنسانيات والدراسات الاجتماعية. (36)

(8) الجزء 1 «الظواهر النفسية الفردية»

إذا ما انتهت المقدمة، يبدأ القارئ الكتاب نفسه. إذ يشتغل ياسبرز في الجزء 1 بتعريفاته الكلاسيكية المفصلة للحالات الباثولوجية النفسية. في هذا القسم يهتم بـالفنومونولوجية وهي مدرسة فكر في الفلسفة الوجودية التي سترتبط اهتماماته بها أكثر. تعمد هذه المقاربة، المنحدرة من الفيلسوف إدموند هاسرل إلى معرفة ظواهر العالم دون مسلمات من أي نوع كانت. وبالتالي، يرمي ياسبرز إلى وصف الحالات الباثولوجية النفسية المتنوعة دون الرجوع إلى أي نظرية أو مفاهيم تتعلق بأسباب هذه الحالات. يريد بذلك أن يكون غير متحيز بالقدر المستطاع فقط يلاحظ ويصف.

> **يعدّ الفصل بين الملاحظة والحكم الذاتي على الأشياء أمر ليس منه بد، ينتهجه كل متخصص في الباثولوجيا النفسية في عمله، وليس كل القيم لا بد أن نتخلص منها، بل بالعكس يجب أن نمتلك قيمًا أكثر ثباتًا ووضوحًا وعمقًا كلما لاحظناها قبل أن نطلق الأحكام. فما نحتاج إليه هو استغراق كامل في حقائق الحياة النفسية، دون تبني موقف مخصوص لها. ويجب أن يخضع البشر تحت المقاربات بأسلوب غير متحيز، بل باهتمام راق ودون أي ضرب من ضروب المدح. (17)**

أثبت هذا الجزء نفسه تأثيرًا بليغًا في الطب النفسي حيث دفع بالحقل المعرفي ليلاحظ ظواهر مخصوصة غالبًا ما يتغافل عنها بفضل التحيزات البيولوجية أو النفسية التحليلية. قد يكون الجزء الأول أقل أهمية بالنسبة للفلاسفة، باستثناء هؤلاء المهتمين بعلم نفس الشواذ لأهداف معينة، ولأنه يستتبع بالمنهج الفنومونولوجي، تجنب ياسبرز النقاش الفلسفي العلني. ومع ذلك، وجد الأطباء النفسيون أفكارًا مهمة في الفصل الأول بعنوان: «تجربة الفضاء والزمن» (ص79 88) حيث يناقش ياسبرز أولًا المفهوم بأن تجربة الزمن قد انخفض بريقها في معالجة الكآبة، وازدادت أهميتها في معالجة المس. كما يقدم ياسبرز هنا نقاشًا أوليًا للأوهام التي دفعت بقدر كبير من البحث المتواصل إلى اليوم، وبالتالي تواصلت أفكار ياسبرز لتلعب دورًا محوريًا. (انظر: الفصل 14)

(9) الجزء 2 «الارتباطات النفسية الحاملة للمعنى»

يرمي ياسبرز في الجزء 2 و3، إلى فهم الباثولوجيا النفسية بطريقتي Verstehen (الفهم) وErklaren (الشرح السببي). يعد هذا الفرق جانبًا مهمًا من جوانب كتاب ياسبرز، الذي بينه بشكل أكثر وضوحًا في المقدمة للجزء 2 (ص302 303). ينحدر هذا الفرق من تفكير سابق في ألمانيا في قسم التاريخ وعلم الاجتماع كما سيناقش أكثر أدناه:

في العلوم الطبيعية، نجد ارتباطات سببية فقط، ولكن في علم النفس، فإن ميلنا إلى المعرفة يكتفي بفهم نوع مختلف تمامًا من الارتباط. «تنبثق» الأحداث النفسية من بعضها البعض بطريقة نفهمها. يصبح الأشخاص المستهدفون مندفعين ويهرعون للدفاع ويزداد ميل الأشخاص المخدوعين إلى الشك. (302)

دليل الفهم الجيني شيء في غاية الأهمية، فحينما يظهر نيتشه كيف أن وعي الشخص بالضعف والتعاسة والمعاناة، يتسبب بظهور متطلبات أخلاقية وعقائد إصلاح، وذلك لأن في هذا المفترق يمكن أن تشبع النفسية إرادتها للقوة بالرغم من ضعفها، حيث نجرب قوة حجته ونقتنع. يُكتسب هذا الاقتناع في حالة تضارب الشخصية، ولا يكتسب بطريقة سببية من خلال إعادة التجربة. (303)

لا يعتمد الحكم فيما إذا كان الارتباط الحامل للمعنى حقيقيًا على شاكلته المستقلة فحسب. بل يعتمد أساسًا على حقائق ملموسة (أي: على المحتويات اللفظية، العوامل الثقافية، أعمال الإنسان، طريقة العيش، والإيماءات) من حيث فهمنا للارتباط، والتي توفر بيانات موضوعية. ومع ذلك، دائمًا ما تكون هذه البيانات الموضوعية غير تامة، ويبقى فهمنا لأي حدث واقعي معين مؤولًا وفي حالات قليلة فقط يبلغ درجة عالية نسبيًا من الموضوعية الكاملة والمقنعة. (303)

يخدم الفهم السيكولوجي الباثولوجيا النفسية وحدها، إلى درجة أنه يجعل الشيء واضحًا لتجربتنا، ويقوي ملاحظتنا. كما أفهم، أجد نفسي أتساءل، ما طبيعة هذه الحقائق التي أعينها، وما أنا بصدد بيانه؟ ومتى أبلغ حدود فهمي؟ (312)

خلاصة القول، استعمل ياسبرز هذا الفرق لاستكشاف طريقتين مختلفتين لفهم الحالات الباثولوجية النفسية. في الجزء 2، «الارتباطات النفسية الحاملة للمعنى»، وتتم متابعة معنى هذه الحالات من حيث الفهم الذاتي. في الجزء 3، نبحث عن التفسير السببي لمثل هذه الحالات، بناءً على البحوث البيولوجية والتجريبية.

يعد الجزء 2 أكثر أهمية في نظري، لأن الزمن لم يتبدد تأثيره، حيث ينزع ياسبرز إلى التعاطف مع تجارب المرضى النفسيين. لا بد أن يكون هذا القسم ذا أهمية للأطباء النفسيين والفلاسفة. يتوسع ياسبرز مجددًا في استعماله لمنهج الفهم في الجزء الخامس تحت عنوان: «الضوابط الأساسية للفهم السيكولوجي ودلالة المعنى» (ص355 363) من الفصل (5) متضمنًا في ذلك نقاشًا أوليًا للتحليل النفسي الفرويدي كنوع من علم نفس الارتباطات الحاملة للمعنى. يعيب ياسبرز على النظرية الفرويدية لتقديم نظرية واحدة لعلم النفس برمته، ولعدم مراعاتها لحرية البشر الكامنة، أي: عدم القدرة على التوقع الذي يضع حدًا للقدرة على الفهم لتفسير الوجود الإنساني:

> **من الضروري أن تبقى حدود كل علم نفس متعلقًا بالارتباطات الحاملة للمعنى هي نفسها لعلم النفس التحليلي بقدر ما يكون هذا الأخير ذا معنى. يتوقف الفهم أولًا أمام حقيقة فطرة الخصائص التجريبية... أما ثانيًا فيتوقف الفهم أمام حقيقة المرض العضوي والهواس، أي: قبل الطبيعة الأولى لهذه الحقائق. وأما ثالثًا فيتوقف الفهم أمام حقيقة الوجود نفسه وما هو الفرد حقيقةً في ذاته. يثبت توضيح علم النفس التحليلي هنا أنه توضيح زائف. ودائمًا ما يتغافل علم النفس التحليلي عن هذه الحدود ويريد فهم كل شيء. (363)**

إن للفصل (7) ميزة خاصة وهو بعنوان: «موقف المريض تجاه مرضه» (ص414 427) حيث يقدم لأول مرة في الطب النفسي نقاشًا واضحًا لمفهوم الاستبصار، أو الوعي بالمرض. يناقش ياسبرز كيف أن الاستبصار مفقود في العديد من الحالات الطبية النفسية لأن المرضى غير واعين بالباثولوجيا النفسية الخاصة بهم. هذا شبيه بمفهوم إنكار المرض وهو علامة عصبية لسكتة دماغية مرتبطة بعدم الوعي، بأن أحدًا ما مشلولًا. اتخذ الفلاسفة تفسيرًا واضحًا لظاهرة

إنكار المرض لأنها تظهر (بطريقة تظهر فيها النظرية الفرويدية للاوعي فقط على المستوى التأملي) أن أحدهم يمكن أن يكون غير واع بصفة موضوعية بالجوانب المهمة لحقيقة الشخص النفسية والبنيوية. وتجدر الإشارة إلى أن ياسبرز قد قام بنفس الفكرة الإكلينيكية بمعنى اللاوعي بالباثولوجيا النفسية عام 1913، وتزايد مع الوقت الاعتراف بضرورة عدم القدرة على الاستبصار في الطب النفسي.

> **يبدو المرض النفسي مختلفًا بالنسبة للملاحظ الطبي عما يبدو عليه الحال للمريض الذي يفكر في نفسه. وبالتالي يحدث أن شخصًا ما، ينظر إلى نفسه كسليم معافى، قد يفسر كونه مريضًا عقليًا، أو شخصًا ما، قد يعتبر نفسه مريضًا بطريقة ليس لها فاعلية موضوعية وهي في ذاتها علامة مرضية، أو أن شخصًا ما من خلال اختلاقه لخطط معينة قد يؤثر في العمليات المرضية نحو الجيد أو السيئ. (414)**

> **في حالة مرض الهواس، لا يوجد استبصار دائم أو كامل. ومتى استمر الاستبصار، فإننا لا نتحدث عن الهواس، وإنما عن اضطراب الشخصية (الاضطراب العقلي). من الممكن أن تقيم الظواهر الفردية بشكل صحيح، ولكن فضلًا عن ذلك لا يمكن أن تفهم ظواهر المرض التي لا تحصى ولا تعد كما هي، ولكن بالعكس هناك مشاعر مرضية حيث يكون المضمون خاطئًا ويكون نفسه عرضًا من أعراض المرض. (421)**

(10) الجزء 3 «الارتباطات السببية للحياة النفسية»

بالرغم من أنه وثيق الصلة من الناحية المفهومية، يبدو الجزء الثالث بالنسبة للأطباء النفسيين وبشكل طريف غير ملائم للعصر، ومبهم بالنسبة للفلاسفة. يحتاج البحث العلمي التجريبي لخلفية في المصطلح والمنهج، والتي تجعل متابعته أمرًا صعبًا لغير العلماء. وهذا جزء من المشكلة. ويتمثل الجزء الآخر في أن البحث التجريبي في معظمه غير مواكب للعصر على مدى عقد من الزمن، ناهيك عن ما يقارب القرن. إنه لجدير بالثناء أن يقوم ياسبرز في مراجعة الكتاب عام 1941، بتحديث هذا القسم بهوامش تشير على سبيل المثال إلى دراسات في مبحث تشريح الأعصاب، ولكن ليس لمثل هذا العمل علاقة قوية بالمقارنة مع بحث أكثر حداثة. تعد النقطة

الرئيسية للجزء (3)، بمثابة تقديم تفصيل للمقاربة للباثولوجيا النفسية، المقاربة التجريبية البيولوجية. فالمفهوم العام هو ما يكون ذا صلة اليوم بدلًا من الدراسات البحثية الراهنة التي تتم مراجعتها. يقدم ياسبرز في المقدمة للجزء (3) مراجعة نظرية مفيدة لنقاط قوة المنهج التفسيري السببي في الطب النفسي وحدوده (451 462). وعلى سبيل المثال، يناقش الرأي بأن الحالات النفسية هي أساسًا اضطرابات بالدماغ بطريقة يمكن أن تكتب في مقال فلسفي معاصر حول مشكلة العقل والجسد:

> اتُّخِذ بعين الاعتبار الرأي التالي: «إن المرض العقلي مرض دماغي». إن هذا التصريح دوغمائي بقدر ما سيكون نفيه كذلك. دعونا نوضح الموقف أكثر. في بعض الحالات، نجد ارتباطات بين التغيرات الجسدية والتغيرات النفسية التي تحدث بطريقة يمكن أن ينظر فيها إلى الأحداث النفسية على وجه اليقين كنتائج. وأكثر من ذلك، نعلم أنه بصفة عامة لا يوجد حدث نفسي دون تأهيل مسبق من أساس فيزيائي ما، لا وجود لـ«الأشباح». ولكن لا نعرف شيئًا عن حدث فيزيائي واحد في الدماغ يمكن أن يعتبر النظير المطابق لأي حدث نفسي مروع. نعرف فقط العوامل الشرطية للحياة النفسية بينما لا نعرف البتة سبب الحدث النفسي، فقط سبب ما. إذن يمكن أن يكون هذا القول المعروف، إذا ما احتسب عكس الإمكانيات والنتائج الحقيقية للبحث هدفًا ممكنًا للبحث رغم أنه بعيد المنال ولكن لا يمكنه أن يقدم موضوعًا حقيقيًا للبحث المعمق. إن مناقشة عبارات من هذا النوع ومحاولة حل المشكلة من حيث المبدأ يشير إلى نقص في المنهجية النقدية. وستختفي مثل هذه العبارات من الطب النفسي بسرعة أكبر بما يتناسب مع اختفاء التكهنات الفلسفية من الباثولوجيا النفسية وإعطاء مكان للنضج الفلسفي في الباثولوجيا النفسية. (459)

لكل الأصناف والمناهج معنى خاص بها. ومن السخف أن نصادم أحدها ضد الآخر. حيث يمكن لكل منها أن تفهم نفسها بشكل مثمر إذا حافظت على استقلاليتها، فتتوافق مع حقائقها وتكتشف حدودها. ولكن إذا حولناها إلى منهج مطلق، سينتهي كل مرة إلى مزاعم واهية ونقاشات ومواقف غير فعَّالة تدمر أي مقاربة حرة للحقائق. وفي علاقتها بالأحداث السببية بالخصوص، من المهم أن نتقدم بثبات في اتجاه مبدأ السببية ليكون

> أكثر عمقًا وإثارة. وقد يبقى الأمل قائمًا ولكن الهدف صعب ويتطلب صبرًا. ومع أن معرفتنا السببية تذهب بنا بعيدًا، فإننا لا نستطيع أن نعرف البتة الحدث ببساطة في ذاته وبرمته، وبالتالي نستطيع أن نعالجه بمهارة. ودائمًا ما تواجه المعرفة السببية بشيء يكشف أن كل أنواع الرفاه التي يعيش بها المرء تبقى في النهاية معتمدة على شيء حاسم في نفسه، والذي لا يمكن الوصول إليه إلا اذا فهمناه. (462)

توسع ياسبرز في هذه التعليقات الاستهلالية في الفصل (11) «النظريات التفصيلية: معنى وقيمة» (ص530 ـ) حيث ينتقد على وجه التحديد الأخطاء التي يمكن أن تحدث من خلال نهج تجريبي حصري للطب النفسي والذي ادعى عالم التشريح العصبي كارل ويرنيك أنه اتبعه، أو مع الادعاء بأن المرء يتبع نهجًا تجريبيًا بينما يستخدم في الواقع نهجًا موجهًا من خلال المعنى، كما هو صحيح بالنسبة لفرويد، وقد قيم عمل ويرنيك في علم التشريح العصبي وعلم الأمراض النفسية على أنه مهم ومثمر، خاصة أنه يميل إلى تجنب الكثير من التكهنات، لكنه اعتُبر خاطئًا بسبب وجهة نظره القائلة بأن اعتبار المرض العقلي مرضًا دماغيًا من شأنه أن يوفر فهمًا شاملًا وكاملًا للحالات النفسية. يطبق هذا النقد كذلك على الطب النفسي البيولوجي التجريبي المعاصر. والتعريج على فرويد يكثر في الـ GP ويتواصل هنا. وبما أن آراء فرويد هي منافس لأفكار ياسبرز على مستوى سيكولوجيا «الفهم»، إنه لجدير بالاقتباس ما يلي:

> كانت محاولة فرويد الجديدة للفهم السيكولوجي حدثًا تاريخيًا للطب النفسي. قد يتلخص نقد منهج فرويد في الأطروحات التالية: 1. يهتم فرويد حقيقةً بعلم نفس الارتباطات الحاملة للمعنى، وليس بالشرح السببي كما يعتقد هو نفسه. 2. يعلمنا فرويد بطريقة مقنعة أن ندرك العديد من الارتباطات الحاملة للمعنى. فنحن نفهم كيف تظهر العقد المختزلة في اللاوعي مرة أخرى بشكل رمزي. ويفصل فرويد هنا إلى حد ما تعاليم نيتشه. 3. يكمن زيف ادعاء فرويد في خطأ الارتباطات الحاملة للمعنى بالصلات السببية. حيث يتمثل الادعاء في أن كل شيء في الحياة النفسية؛ كل حدث نفسي هو حامل للمعنى. 4. وفي عدد كبير من الحالات، لا يهتم فرويد بفهم معنى الارتباطات التي لم يقع الانتباه إليها ولا بجلبها للوعي

ولكن بـ«فهم افتراضي» للارتباطات الخارجة عن الوعي. مثلما اعتقد يونغ أنه اكتشف في حالة الخرف المبكر (مرض الفصام). 5. يتمثل خطأ بسيط واحد في منهج فرويد في السذاجة المتزايدة للفهم التي تتماشى مع تحول الارتباطات الحاملة للمعنى إلى نظرية. تستدعي النظريات تبسيطاً معيناً بينما يكشف فهم المعنى عن تشعب لا حد له. اعتقد فرويد أن كل شيء نفسي عادةً قد يعود سببه على مظاهر الأنوثة أو الرجولة بمعنى عام كما لو كانت القوة الوحيدة والرئيسية. إن كتابات العديد من أتباعه مملة بدافع هذه السذاجة ذاتها. فيعلم المرء مسبقًا أن الشيء ذاته سيوجد في كل واحد منها. ولا يمكن لعلم نفس الارتباطات الحاملة للمعنى أن يحرز أي تقدم هنا. (539 540)

يتابع ياسبرز ربط أخطاء الطرفين: الطب النفسي البيولوجي الشمولي لويرنيك وعلم النفس الشمولي المتعلق بالارتباطات الحاملة للمعنى، وهو ما تنبأ بتأرجح الطب النفسي بين المذهبين الدوغمائيين:

بدأ ويرنيك بنظريته من «الخارج»، بالدماغ. ومن الناحية الأخرى، بدأ فرويد نظريته من الداخل أي بما يمكن أن يفهم من الناحية النفسية. ويستعرض كلاهما مجموعة كاملة من الحقائق، وكلاهما يعمم ما له فاعلية محدودة ويطبقها على عالم الباثولوجيا النفسية وعلم النفس. وينتهيان إلى مفاهيم مجردة. أي أنهما متضادان تمامًا في محتوى دراساتهما واهتماماتهما. ومع ذلك فإن طرائق تفكيرهما مترابطة بنيويًا. فهما متضادان ولكنهما في مركب واحد وبالحدود والقيود نفسها على مستوى التفكير. (546)

(11) الجزء 4 «مفهوم الحياة النفسية كاملة»

يرمي ياسبرز إلى ربط مقاربتي الفهم والشرح في الجزء 4. ويتمثل المقطع الأكثر أهميةً في هذا الجزء في الفصل الاستهلالي (الفصل 12)، تأليف كينونات الأمراض علم تصنيف الأمراض (ص 564 616). إذ يفتتح ياسبرز في هذا الفصل نقاشًا تطرق إليه سابقًا وإلى يومنا هذا حول الشخصية، يخاطب فيه ياسبرز مباشرةً منظور المدرسة التجريبية البيولوجية التي تزعمها إميل كرابلين في عصره. يبقى هذا النقاش وثيق الصلة حتى يومنا هذا، خاصة وأن الطب النفسي المتعارف عليه بعلم

تصنيف الأمراض الأساسي الذي أسسه كرابلين (يطلق عليه الآن العلم الكرابليني الجديد) وعلم تصنيف الأمراض هو تجريبي خالص، وانتقده ياسبرز لعدم سماحه بمقاربات تركز أساسًا على المعنى في الطب النفسي. بالإضافة إلى ذلك، يقر علم التصنيف الكرابليني بأن التشخيصات النفسية لا يمكن أن توصف بمعاينة إكلينيكية دقيقة، وأنه في النهاية سيتم اكتشاف علم أمراض الدماغ الكامن وراء هذه التشخيصات، وهذا هو الرأي السائد في الطب النفسي اليوم. أقر مؤيدو كرابلين عام 1913 بنموذج «الهواس الأحادي» القائل بأن التشخيصات النفسية لا يمكن أن تنفصل بدقة عن حالة الهواس الوحيدة العامة. واصل قليل من الأطباء النفسيين المشهورين الإقرار بهذا القول ويقيم البعض الحجة على أنه لا وجود لتشخيصات طبية نفسية أو أمراض البتة، ولكنهم يقيمون الحجة على أن الحالات العقلية تتحدد بالانحرافات الاجتماعية والقانونية عن مبدأ السلوك البشري. واجه ياسبرز المفهوم بأن الأمراض النفسية يمكن أن تختزل في أمراض الدماغ، ولكنه يدرك كذلك فائدة المقاربة الإكلينيكية التجريبية:

> **لم يوجد أي تحقيق لأمل أن المعاينة السريرية للظواهر النفسية وتاريخ الحياة ونتاجها قد تخلق مجموعات من الخصائص التي تثبت تباعًا في النتائج الدماغية، وبالتالي تفتح المجال لعلماء تشريح الدماغ... والسؤال الحقيقي هو: هل هناك مراحل ومتغيرات للهواس الأحادي أو هل هناك سلسلة من كينونات الأمراض التي يمكن أن نصفها؟ وجواب ذلك: لا يوجد أي مما ذكر سابقًا. حيث يعد الرأي الأخير صحيحًا إذا لم توجد كينونات الأمراض في الطب النفسي العلمي. (568 570)**

وفي موضع سابق في المقدمة، أضاف ياسبرز أيضًا:

> **في التقويم الطبي النفسي لحالة معينة، باستثناء حالة التغيرات الدماغية المعروفة، فإن التشخيص يعدّ العامل الأقل أهمية، ولو شكل التشخيص القضية الرئيسية فإنه سيصدر مسبقًا حكمًا ما، لكن هذا الحكم يجب أن ينبثق بشكل مميز عن التحقيق. إن ما يهم أساسًا هو عملية التحليل، ولا ينبغي طمس فوضى الظواهر ببعض التسميات التشخيصية، بل يجب أن تشكل نبراسًا من خلال الطريقة التي تنظم بها وتترابط بشكل منسجم.**

ويعد التشخيص الطبي في معظم الأحيان عقيمًا عودًا على بدء، ونتيجة ذلك تُضم ظواهر قليلة إلى مدار المعرفة الواعية. (20)

ولكن هنا في الجزء (4)، يشرح ياسبرز لماذا يكون مبدأ التصنيف مهمًا في الطب النفسي، ويقدم واحدًا شبيهًا بشكل ملحوظ بعلم تصنيف الأمراض الحالي في الطب النفسي، وقد انتهت لمساته الأخيرة عام 1980 بتغيرات هامة سنَّت في الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة في الولايات المتحدة.

لقد فصَّلنا المعرفة بالظواهر المخصوصة بالارتباطات السببية والارتباطات الحاملة للمعنى. إلخ. ولكن تبقى كينونات الأمراض المعقدة لا متناهية، كشبكة لا يمكن الخروج منها. ليست التشكلات الفردية للمرض شبيهة بالنباتات التي نصنفها في دليل مختص بالأعشاب. وإن ما يكون «نبتة» - مرض هو في الغالب غير مؤكد. ما الذي نشخصه؟ من المتوقع أن يصف التشخيص بطريقة شاملة وبالكامل حدوث المرض الذي هاجم الشخص والذي يمثل كيانًا محددًا جيدًا من بين الكينونات أخرى. نحن نبتكر تخطيطًا تشخيصيًا وندرك أنه لا يمكن أن يعمل ولكننا نقوم بتصنيفات مؤقتة وعشوائية، وهناك عدد من الإمكانيات المختلفة التي تفسر الحقيقة بأن العوامل المختلفة تنشئ تخطيطات مختلفة تمامًا، وأن التصنيف متناقض دائمًا نظريًا ولا يتقاطع مع الحقائق البتة.

لماذا نصر دائمًا على القيام بهذه المحاولة المفرغة؟ نريد أن نرى أولًا ما حققته فكرة كينونة المرض في ظل الصورة الكاملة للاضطرابات النفسية الموجودة، وبالخصوص موطن فشلنا لأنه الفشل الأساسي والراديكالي الذي يجعلنا واعين بالوضع الحقيقي لمعرفتنا. أما في المقام الثاني يتطلب كل تمثيل للطب النفسي المميز تصنيفًا ما لمرض الهواس. ودون مثل هذه المفاهيم لا يمكن أن ينظم مواده. وأما في المقام الثالث، نحتاج إلى تصنيف لكي نقوم بالتحقيقات الإحصائية لحالة موسعة. (604)

يتابع ياسبرز تقديم التخطيط التشخيصي المقترح والخاص به:

على التخطيط المثالي أن يستوفي الحاجيات التالية: يجب أن يكون لكل حالة مكان، أي: تتخذ كل حالة مكانًا. ويجب أن يكون للمخطط الكامل موضوعية مقنعة، حيث يمكن أن يصنف الملاحظون المختلفون الحالات

بنفس الطريقة. نتخلى عن فكرة كينونة المرض، ومرة أخرى يجب أن نضع في اعتبارنا باستمرار وجهات النظر المختلفة (الأعصاب، البنية السيكولوجية، نتائج التشريح، طور المرض والنتائج المتعلقة به) وحسب ظاهر الحقائق يجب أن نضع حدًا حيث لا يوجد أي منها. وبناءً على ذلك، لمثل هذا التصنيف قيمة مؤقتة فقط. إنه عمل خيالي يؤدي وظيفته إذا ثبت أنه الأكثر ملاءمة للزمن، فلا يوجد مفهوم «طبيعي» يمكن أن يكيف كل حالة. (605)

بتلك التنبيهات، يقترح ياسبرز علم أمراض جد متشابه للتغيير الكبير عام 1980 في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث في الطب النفسي الأميركي الحديث. حيث يقترح بتقسيم الأوضاع النفسية إلى ثلاث مجموعات رئيسية: المجموعة الأولى «الأمراض الجسدية المعروفة مع الاضطرابات النفسية» (مثل الأورام الدماغية، التهاب السحايا) والتي تتزامن مع المحور الأول للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث، الذي يصف الحالات النفسية بأنها أقل أهمية من الأمراض الطبية المعروفة. وتتوافق المجموعة الثانية «أنواع الهواس الرئيسية الثلاثة» («الصرع الأصلي»، الفصام، مرض الهوس الاكتئابي) مع المزاج العام والاضطرابات المتعلقة بالهواس في المحور الأول للدليل التشخيصي والإحصائي. وتعتبر هذه الأخيرة حالات طبية رئيسية (مع الأخذ بالاعتبار تحول الصرع إلى المحور الثالث بما أن له قاعدة أساسها دماغي). أما المجموعة الثالثة «اضطرابات الشخصية» والتي تتلاءم مع المحور الثاني في الدليل التشخيصي والإحصائي، وعرفت كاضطرابات الشخصية. ومع التنبيهات المقدمة سلفًا، يتابع ياسبرز تقبله لتعريف كريبلين للتمييز بين مرض الفصام ومرض الهوس الاكتئابي، مرتكزًا على معيار النتيجة كعامل رئيسي، أي نتائج سيئة بشكل دائم مع مرض الفصام وشفاء متكرر مع مرض الهوس الاكتئابي. وهذا كذلك اعتراف بأن الطب النفسي المتعارف عليه تراجع دوره لعدة سنوات لصالح النظريات النفسية التحليلية، ولكن الحقل المعرفي عاد إليها عام 1980 بعلم تصنيف الأمراض الكرابليني الجديد المتعلق بالدليل التشخيصي والإحصائي الثالث. (انظر الفصل 11).

ارتكز قبول ياسبرز في التفريق بين الاضطراب الوجداني ومرض الفصام

خلال الجدل القائم حول علم تصنيف الأمراض، على التمييز بين الحالات التي أثارت تعاطف المرء معها، تلك التي من خلالها يمكن أن تقام الارتباطات الحاملة للمعنى، والحالات التي لم تكن قابلة للفهم. وقد شعر بأن هذا التمييز من شأنه أن يقدم واحدًا من المبادئ القليلة المنظمة لعلم تصنيف الأمراض:

> يبدو التمييز الأكثر عمقًا في الحياة النفسية ذلك الذي بين ما هو حامل للمعنى ويثير التعاطف وما هو بدوره قابل للفهم، «مجنون» بمعناه الحرفي أي يعيش حياة نفسية فصامية (رغم عدم وجود أوهام). يمكن أن نفهم بما فيه الكفاية الحياة النفسية الباثولوجية للصنف الأول كتضخيم أو تحقير للظواهر المعروفة وكبزوغ لتلك الظواهر دون أسباب أو دوافع معلومة. هذا ولا يمكننا فهم الحياة النفسية الباثولوجية للصنف الثاني بالشكل الكافي بهذه الطريقة. عوضًا عن ذلك، نجد تغيرات للصنف العام في معظمه والذي لا نتعاطف معه، ولكن نحاول بطريقة ما أن نجعله قابلًا للفهم من خلال وجهة نظر خارجية. تبدو لنا الأمراض الوجدانية قابلة للتعاطف معها وطبيعية، ولكن لا تبدو مختلف أنواع «الجنون» قابلة للتعاطف وتبدو غير طبيعية. (577 578)

سيسعد الأطباء النفسيون بقراءة المزيد، حيث يتابع ياسبرز تقديم أوصاف كلاسيكية مفصلة لفنومونولوجيا الكآبة والهوس (596 597) وينقد التخطيط المتعلق بعلم تصنيف الأمراض لمرض الفصام في أربعينيات القرن العشرين، وهو تخطيط كورت شنايدر (586 592).

(12) الجزء 5 «النفسية الشاذة في المجتمع والتاريخ»

يقيِّم الجزء (5) الجوانب الاجتماعية والتاريخية للطب النفسي حيث يوجز ياسبرز بعض التعليقات حول الدين وعلم نفس الجماعة والحرب والثقافة (709 746). وتعد مناقشته الدقيقة لنقاط قوة وضعف علم الإحصاء بشكل عام وخاصة حينما يطبق على «الحقائق التاريخية الاجتماعية» أمرًا بالغ الأهمية. (713 716).

(13) الجزء 6 «الكائن الحي كوحدة كاملة»

يعد الجزء (6) نهاية الكتاب، وقد يكون الجزء الأكثر قراءةً وكذلك المقدمة. وهنا ينهمك ياسبرز في كتابته الفلسفية الأكثر وضوحًا، حيث يناقش دور «استرجاع الباثولوجيا النفسية» (747 755): «لا نقبل أية مجموعة حقائق كحقيقة أصلية. وقد عارضنا نية النظريات الدوغمائية جميعها حول الكينونة الإنسانية لإنشاء وحدة بنيوية كاملة، حيث اتبعنا فحصًا دقيقًا ومتسقًا للمناهج. ويعد السؤال الوظيفي بالنسبة لنا، ما إذا كانت الاختلافات واضحة بالشكل الكافي، وبأي طريقة يمكن تحسينها».

يناقش ياسبرز «طبيعة الإنسان»:

يجلبنا العرض الاسترجاعي لعلم النفس المرضي لدينا إلى مشكلة الطبيعة البشرية نفسها... وككل العلوم يجب علينا إيجاد حدود الباثولوجيا النفسية، وفهم المشكلة الملموسة التي تمثلنا، وبالتالي بينما نلاحظ المدى الواسع المسموح للتحقيق العلمي ومناهجه المخصوصة، فنحن نظل في إطار حدود العلم عندما نقوم النتائج ونستعملها. يمكن أن نكتشف الطبيعة الكاملة للإنسان فقط من خلال العلم وتقاطعه مع حدوده بهذه الطريقة... ويتمثل ما له أهمية حاسمة للنظرية والتطبيق في العلاقة بالإنسان، وضرورة وجود موقف فلسفي أساسي وليس عقيدة فلسفية. (756 757)

ليس الإنسان مجرد نوع من الحيوان ولا هو نوع من الخليقة الروحية المحضة التي لا نملك لها معرفة، والتي تعتبرها العصور الأولى ملائكية. فالإنسان بالأحرى شيء فريد، فهو يأخذ سمة من سلسلة الكائنات الحية وسمة من سلسلة الملائكة منتميًا إلى كل منهما، ومختلفًا عن كل منهما... إنه إمكانية مفتوحة، غير كامل وغير قابل للكمال. وعليه، يكون دائمًا أكثر مما حققه في نفسه. (765 766)

يتابع ياسبرز تقديم الحجة الأكثر قوة لوثاقة صلة الفلسفة للطب النفسي:

أية مكانة تحتلها النقاشات غير العلمية العديدة في مبحث الباثولوجيا النفسية التقليدية والمعاصرة؟ هل علينا أن نسقطها ببساطة لعدم وجود انتماء لها؟ طبعًا لا. فهي تعابير شيء لا غنى عنه، يعني ذلك أن الفلسفة

فاعلة في كل علم حي. فمن دون الفلسفة يكون العلم عقيمًا وغير صحيح، وفي أفضل الحالات يكون فقط صحيحًا جزئيًا.

قال طبيب نفسي: أنه لم يكن يرغب بأن يثقل نفسه بالفلسفة، وأن هذا العلم لا علاقة له بالفلسفة. لا شيء يمكن أن يقال عكس ذلك، حيث إن صحة قدرات الفهم العلمية بصفة عامة وفي الطب النفسي لا تثبت عن طريق الفلسفة. مع ذلك، سيكون إقصاء الفلسفة مدمرًا للطب النفسي... بما أن المعرفة العلمية في الباثولوجيا النفسية خاصة ليست من النوع الواحد، وعلينا أن نميز بين طرق المعرفة المختلفة، وأن نوضح مناهجنا ومعنى وصحة أقوالنا ومعايير الاختبارات، وكل هذا يستدعي المنطق الفلسفي.

يجب على المتخصص في الباثولوجيا النفسية أن يواجه كل محاولة لإنشاء المطلق والزعم بأن مناهج بحث محددة هي الوحيدة الصحيحة والصالحة كما يجب عليه أيضًا أن ينحاز إلى جانب من أجل الفهم الهادف في مواجهة البيولوجية والميكانيكية والتقنية دون إنكار فعاليتها في إطار مشمولاتها الخاصة. هذا ويجب عليه أن يواجه أي محاولة لتحويل المعرفة العلمية ككل إلى المطلق، وبالتالي يمكن أن يترك الوعي حرًا ومعه فاعلية الحياة بمصدرها، مما يعطي كل تطبيق معناه. وفي هذا الشأن ينتصر إلى موقف الاختلاف ضد الالتباس وإلى التجميع ضد الفردية. فيكون ضد خلط العلم بالفلسفة وضد خلط دور الطبيب بدور العالِم. ولكنه أيضًا ضد الفردية التي تعطي أهمية شيء على حساب آخر، عوضًا عن الاحتفاظ بها كل منها على حدة.

خلاصة القول، إذا اعتقد المرء أن بوسعه أن يقصي الفلسفة ويتركها جانبًا كونها عديمة الفائدة ستنتصر عليه أخيرًا بشكل أو بآخر.

وفي الأخير، يناقش «معنى الممارسة الطبية» (790 824) حيث يؤكد الجوانب الإنسانية للباثولوجيا النفسية. أولًا، ينقد «العدمية العلاجية» (تلميح لمدرسة كرابلين) التي تضع التصنيفات وتشخص بدقة ولكنها تقدم علاجًا لا يفي بالغرض وكذلك «التوقد العلاجي المفرط» (ربما تلميح لعلم النفس التحليلي) التي تعتقد أنها الشفاء لكل داء. «في المضمار الطويل يمكن فقط أن تكون الممارسة الفعّالة

مرتكزة على ثوابت معرفية» (791). ويصف بعدها عامل «التواصل الوجودي» المهم ومكونات العلاج النفسي وكذلك خصائص المعالج النفسي «المثالي»:

يعدّ التواصل الوجودي الشيء الأساسي في العلاقة بين الطبيب والمريض، والذي يمتد بعيدًا وراء كل علاج، أعني وراء أي شيء يمكن أن يوضع له تخطيط أو يخضع لمراحل بشكل منهجي. وبالتالي، تستلهم المعالجة الكاملة وتحدد في إطار مجتمع من شخصين يعيشان خارج إمكانيات الوجود نفسه ككائنات عاقلة. فالطبيب والمريض هما كائنان بشريان وبذلك هما مسافران مرافقان في حمى القدر. ولا يوجد حل نهائي. (799 798)

يمكن أن يسمى الظهور الأخير والحاسم في علاج المريض «الكشف». تصبح ملامح المريض واضحة إليه أولًا بالاستئناس بمعرفة الطبيب التواصلية، وبتعلم بعض التفاصيل حول نفسه، وثانيًا بالنظر إلى نفسه كما لو كان في مرآة وتعلم شيء مما هو عليه. أما ثالثًا فبالنفاذ أكثر من خلال نشاطه الداخلي حيث يمكنه أن يعرف نفسه بشكل أكثر عمقًا. وأما رابعًا أن يقوم بالكشف عن ذاته أثناء التواصل الوجودي... تمتد عملية التوضيح في شكل الكشف الذاتي للفرد إلى أبعد مما يكون قابلًا للنفاذ من قبل أي تخطيط نفسي علاجي. إنها تحمل المرء إلى المملكة الفلسفية للنمو الفردي للذات... (799)

بلا شك يكون لزامًا على المعالج النفسي أن تلقى تدريبا في طب الجسد والباثولوجيا النفسية. لكن العلم هو جزء فقط من المعدات الضرورية، ولا بد أن يكون هناك عناصر أكثر من ذلك. وتلعب سعة أفقه، من بين المستلزمات الخاصة، دورًا هامًا حالها حال القدرة على الانفصال في بعض الأحيان عن أي حكم قيمي، وأن يكون مقبولًا وخاليًا تمامًا من التحيز (وهي قدرة تجدها فقط عند هؤلاء الذي لديهم قيم عالية جدًا وشخصية قويمة). وأخيرًا، هناك ضرورة لوجود حماس أصيل وطيبة طبيعية. وبالتالي إنه لمن الواضح أن بإمكان المعالج النفسي أن يكون شخصًا مميزًا، ويكون كذلك مصدر خير لمجموعة من البشر التي يتناسب معها بشكل كبير. إنه لمن المحال أن يكون لكل ذات بشرية معالج نفسي. مع هذا كله، إن واقع المقام هو الذي يجعل واجب المعالج النفسي لعلاج

كل من يطلب مساعدته. تلك الحقيقة بالتالي من شأنها أن تعينه للحفاظ على مواقفه عند درجات مقبولة. (809)

(14) الملحق

بهذا الملحق ينتهي الكتاب. لكن وكأنه لم يستطع مغادرة موضوع كتابه، يقدم ياسبرز ملحقًا منتهيًا بأفكار حول مواضيع متنوعة مثل منهج محاورة المرضى النفسيين «**مجموعة ثرية من آراء موضوعة بدقة، ويميز تكيفها المناسب مع الحالة الفردية المحقق المثالي**» [825 850]، والتعريف المتعلق بالعلاج النفسي وأنواعه (يعد العلاج النفسي الاسم الذي يطلق على تلك المناهج الخاصة بالعلاج كليًا، والتي تمس كلًا من النفس والجسد عن طريق معايير تمر عبر النفس. ولا ننسى أن تعاون المريض دائمًا مطلوب «[834 839]».

وبعدها يراجع «تاريخ الباثولوجيا النفسية كعلم» (844 859)، متأثرًا مجددًا في ذلك الوقت بوجوه مألوفة مثل ويرنك وكرابلين وفرويد، ومنتهيًا بتعبير آخر عن فهمه للمنهج العلمي في الطب النفسي ولعلاقة الفلسفة الوثيقة بهذا الأخير:

كان كرابلين مسؤولًا عن أحد خطوط البحث الأكثر إفادة وهو التحقيق في تاريخ حياة المريض كلها. لقد وضع الأسس للفارماكولوجيا النفسية. ولكن بقي عالم كرابلين المفهومي عالمًا يعنى بالجسد، وهو ما اعتبره كرابلين مع معظم الأطباء الوحيد المهم للطب، ليس فقط كمشكلة مفاضلة ولكن بالمعنى المطلق. إن النقاشات السيكولوجية في هذا الكتاب رائعة في أجزاء منها، وقد نجح في ذلك عن غير قصد. اعتبرها هو نفسه بدائل مؤقتة حتى تسمح التجربة والمجهر وأنبوب الاختبار بتحقيق موضوعي.... (853)

إن الملاحظات المهمة [ملاحظات فرويد] وجدت من يدافع عنها ومن يشجعها في يوجين بلويلر. إذ أنقذ نفاذ نقده وتأثيره القوي الروح المانعة لتعاليم فرويد في هيكل الطب النفسي العلمي بأكمله.... (855)

فيعد كل من عدم التقيد وسعة المقاربات الممكنة العنصر الجديد في الواقع المعاصر. حيث يمكن أن نتجاهل النظريات كلها، وكل وجهة

نظر ويمكننا أن نقوم بالتحقيق من أي زاوية كانت. ما يفتقده وضعنا هو غياب رأي متكامل ولكن هذا يمثل فقط الوجه السلبي لشيء جد إيجابي. فالسؤال الأساسي هو هل ستظهر فكرة دوغمائية جديدة، أو ما الذي سيأخذ مكانها. ومنذ 1913 بذلت جهدًا في القيام بمساهمة هنا من خلال محاولة لتنظيم المناهج.... (856)

عـادةً ما يتم تحويل كل شيء مبدع إلى شيء مطلق. ومع ذلك يعيش المبدع ضربًا من الحماسة والفاعلية وليس العبثية. إن تابعه الذي يدفع ثمن الحماسة يصبح أحادي الجانب وعقيمًا ويكتسب اهتمامًا لافتًا في الإرث ومدى وجاهة رأيه بسببه، وفي تلك القوة التي تدعمها المعرفة المكتسبة.... (857)

فالمعرفة العلمية هي حقيقةً تلك المستقلة عن الفلسفة والموقف ووجهات النظر عامةً. إنها صالحة للجميع وذات بعد كوني وأهمية قصوى. وبالتالي، يتمثل الأمر المهم فيما إذا كان موقفنا الفلسفي يحتوي الإرادة اللا مشروطة لنتمكن من المعرفة، وبالتالي يحثنا لاتباع مسارات العلم، أو ما إذا ما وضعت فلسفتنا شروطًا لمعرفتنا وبالتالي تضع حدًا أو تدمر أي تقدم علمي. (859)

وهكذا ينتهي كتـاب «الباثولوجيا النفسية العامة».

الفصل السادس

ما المقصود بالمنهج العلمي في مبحث الطب النفسي؟

للملاحظة مع التفكير منطقي، أضاف اليونانيون عامل التجربة. تلك الأداة التي جعلت العلم خصبًا.

وليام أوسلر، 1889م

أعتقد أن كارل ياسبرز قدم التحليل المنطقي الأكثر إحكامًا للمنهج العلمي لأجل الطب النفسي. يمكن تلخيص مساهمته في هذا الشأن في فكرتين رئيسيتين اثنتين: التعددية المنهجية، وثنائية الفهم والشرح.

(1)

ليس من المبالغة على ما يبدو أن نصرح بأن ياسبرز كان أول طبيب نفسي يبين بوضوح الحاجة إلى أن نكون على بينة في شأن المناهج. سلم ياسبرز بأن كل إنسان، ومعه كل مريض، هو فريد من نوعه. هناك جانب لكل شخص يتخطى أي محاولة لفهم أو ضبط ملامح الشخص عبر طريقة معرفية ما سواء كان بالعلم أو أي شيء آخر. اعتقد ياسبرز أن ذلك التجاوز هو المصدر الأساسي للحرية الإنسانية. إن الاعتراف بأن كلنا مميزون يمكن أن يفهم كذلك بيولوجيًا على ما أعتقد كنتيجة للاختلافات الجينية، رغم بساطتها، بين الأفراد، لا يهم كيف ينظر المرء إلى حرية الإنسان، وهنا يبتدئ ياسبرز بهذا الحدس الأول: بأن الإنسان لا يمكن على الإطلاق أن يفهم بشكل تام بمنهج واحد للمعرفة. إذا بدأ المرء بهذا الافتراض،

سينقاد لا محالة إلى نتيجة هذا الافتراض: أن لكل منهج معرفة محدودة. وإذا ما سلمنا بأن منهجًا واحدًا ليس كافيًا، عندها لا بد أن تستعمل مناهج متعددة، تفضي إلى فهم جيد أكثر فأكثر لحياة أو حالة الفرد العقلية. ومع ذلك، لا تغطي المناهج المتعددة فرادة الأفراد البتة؛ وعليه يعد الوضوح في شأن المناهج التي يستعملها الباحث أمرًا جوهريًا. فلكل منهج ميزته وقوته بتسليط الضوء على جوانب معينة بشكل فعَّال ودقيق أكثر من المناهج الأخرى. كما لكل منهج سلبيات ونقاط ضعف بتغافله عن جوانب محددة. بالإضافة إلى ذلك، يبدأ كل منهج بافتراضات معينة وبذلك يشحذ قدرتها على تبيان جوانب معينة من الحقيقة، وأيضًا بتنسيب قدرتها على تبيان الجوانب الأخرى من الحقيقة. فيتضمن الوعي المنهجي معرفة نقاط قوة وحدود كل منهج وتطبيق الأساليب التي تتلاءم بشكل أفضل مع ظروف معينة (كالأمراض، التشخيصات، الحالات). قد تكون هذه المساهمة الأهم لـ ياسبرز في نظرية المنهج العلمي للطب النفسي.

(2)

ترتبط هذه التعددية أشد الارتباط بفكرة أخرى قدمها ياسبرز في الطب النفسي: التمييز بين الفهم والشرح. لا تعود هذه الفكرة في الأصل إلى ياسبرز، ولكنه كان أول شخص يطبقها بشكل منهجي على الطب النفسي. بالفهم، أشار ياسبرز إلى «المعنى»، أو بالحدس السيكولوجي الذي يمكن أن يتخذه فرد ما حول معنى الحالة النفسية لفرد آخر. أما بالشرح، أشار ياسبرز إلى المفهوم التقليدي للتجربة التجريبية السببية أو إلى التأثير الملموس للحدث السيكولوجي على حدث آخر، والذي يمكن أن يوضع تحت مجهر الاختبار بطريقة موضوعية. وبالتالي، يلاحظ المرء أن رمي حجر يكسر نافذة، ويقوم باختبارات حيث يرمي أفراد مختلفون أحجارًا على نوافذ مختلفة، وكل مرة تتكسر النوافذ، فهو منشغل في الشرح السببي، ويستنتج أن رمي الأحجار على النوافذ يتسبب في كسر النوافذ من جهة. ومن جهة أخرى، يلاحظ المرء أن شخصًا معينًا يرمي حجرًا على نافذة محددة، ويريد أن يعرف لماذا يرمي ذلك الشخص الحجر، فيمكن أن يخمن المرء بأن ذلك الشخص يرمي الحجر ليعير انتباه الشخص الذي يسكن داخل ذلك البيت. هذا الأسلوب في

التفكير هو نشاط فهمي، أو محاولة إيجاد معنى لحدث سيكولوجي. حاجج وليام ديلثي أن هذا التمييز بين الفهم والشرح، طبق على العلوم الطبيعية مقابل العلوم الإنسانية (ماكريل 1992). بمعنى، أثبت الشرح السببي في العلوم الطبيعية (الفيزياء والكيمياء والبيولوجيا) قيمته، وكان كافيًا لفهم هذه المجالات من المعرفة. ومع ذلك، كان الفهم مطلوبًا في العلوم الإنسانية (هنا ركز ديلثي على التاريخ).

فعلى سبيل المثال، لماذا غزا نابليون روسيا؟ لعل مقاربة الشرح السببي تركز على العوامل الاقتصادية التي تمثلت كقاعدة لأحداث العصر أو لعلها تركز على حالة نابليون الفيزيولوجية (وظيفة كل من الجسد والدماغ)، ومع ذلك يبدو هذا غير كاف. إضافة إلى ذلك، قد يحاول مؤرخ ما، معتمدًا مقاربة الفهم أن يضع نفسه مكان نابليون؛ ومواجهًا معطيات اقتصادية وسياسية معينة، ومتسلحًا بمستوى دراسي وخلفية ومعتقدات خاصة به، بإمكانه أن يخمن أن نابليون لديه مواقف معينة حول إيجابيات غزو روسيا وسلبياته. وفي الأخير قد يشرح خط تفكير معين، يمكن أن يقدمه مؤرخ ملتزم بفهم غزو نابليون لروسيا.

(3)

إن أصل هذا التمييز في عمل فيلسوف التاريخ ولهام ديلثي جدير بالتذكير. فالتاريخ هو المجال الذي ظهرت فيه هذه الأفكار، ولكن ديلثي وضع بعد ذلك علاقة هذه الأفكار بعلم النفس نصب عينه.

بدأ ديلثي بالتأكيد على الفرق الجوهري بين موضوع العلم الطبيعي وموضوع العلوم الإنسانية. ففي العلوم الطبيعية، يمكن أن تنقسم المواضيع في العالم الخارجي إلى عناصرها، مثل الذرات، وكان من المعقول أن ترى تلك العناصر الكامنة كخصائص أكثر أهمية للوجود الطبيعي. وعندها يمكن للمرء أن يقوم بخطوة إلى الوراء لوضع قوانين عامة يمكن أن تشرح ما تم اكتشافه في الوجود الطبيعي بعد تحليل مكوناتها الخفية. وقد عارض ديلثي هذه المقاربة التحليلية بالأساس لغاية الحاجة بأن يكون ذلك متكاملًا وشاملًا في العلوم الإنسانية. لا يمكن أن ينقسم البشر الأفراد إلى مكونات جزئية تشرح الكل المجمل. وبهذا

الاعتقاد، اتخذ ديلثي موقفًا يتلاءم مع ما أطلقنا عليه لفظ الظهور في الفصل الثالث حول فلسفة العقل. يدفعنا هذا المذهب المادي غير الاختزالي الذي أتوافق معه، إلى اتخاذ الكائن البشري بجدية كوحدة كاملة، أي: تكون سيكولوجيا الشخص والعلاقات الاجتماعية منفصلة عن أي تحليل اقتصادي أو بيولوجي أو عن تحاليل أخرى قد تزعم أنها أكثر أهميةً وقيمة. بما أن ديلثي اعتبر الفرضيات بكونها مقتصرة على العلوم الطبيعية، فهي غير ضرورية للعلوم الإنسانية. وكانت مقولته الشهيرة: «نحن نقوم بشرح مفهوم الطبيعة، ولكننا على خلاف ذلك نفهم الحياة النفسية». (ماكريل 1992، 134). سأقيم الحجة لاحقًا في هذا الفصل أن الفرضيات مطلوبة لمنهج الفهم، كما قام بتعديلها ماكس فيبر ليحوي مفهوم الأنواع المثالية. كان ديلثي أكثر وضوحًا نوعًا ما في الفروقات التي أقامها. ولكن مفتاح إدراك جذور منهج الفهم هو التعرف على هذه الجذور ضمن نظرة شمولية لعلم النفس البشري: «ففي الفهم نبدأ من سياق الكل كمعطى كي نجعل الجزء قابلًا للفهم على أساسه. كل فكر سيكولوجي يتضمن ميزة أساسية بأن استيعاب الكل هو ما يجعل ويحدد إن كان تفسير الجزء الواحد ممكنًا». (135)

(4)

في بعض الحالات، يظهر هذا الفرق بين المعنى والفهم اعتياديًا. لكن الغموض والموضوعية المحدودة لمقاربة الفهم قد أتعبت أولئك الذين يحترمون العلم التجريبي، مثل الناصح الأمين لـ ياسبرز عالم الاجتماع ماكس فيبر (جيرث وميلز 1978). هل يمكن تطبيق المقاربات العلمية على العلوم الإنسانية؟ إن يكن كذلك، هل هذا ممكن فقط عبر الشرح السببي، أو هل وجد كذلك دور للفهم؟

هدفت المدرسة البيولوجية للطب النفسي في عصر ياسبرز إلى تطبيق الشرح السببي لإقصاء الفهم، أو المقاربات السيكولوجية، الموجهة لمعنى الحالات أو الأوضاع النفسية. وأقام ياسبرز الحجة على أن هذه الأيديولوجيا لم تكن مكتملة. وبالتلاؤم مع أطروحة الوعي المنهجي الخاصة به، فضل ياسبرز المقاربة المتعددة الأوجه في الطب النفسي، والتي سمحت بالفهم والشرح على حد سواء.

قوبلت هاتان الفكرتان الرئيسيتان، التي تطرق إليهما ياسبرز مرارًا وتكرارًا في الـ GP، بالنقد من قبل الطب النفسي كحقل معرفي أول الأمر، وبعدها تم التغافل عنهما لعقود، إلى حين أعيد اكتشافهما مؤخرًا من طرف هافنز ومن طرف ماكهاي وسلافني.

(5)

إن النماذج التعددية للطب النفسي تتوافق مع صيغ ياسبرز الأولى وتدين لها. فهي تقدم مسلكًا يتجاوز التأرجح التاريخي بين دوغمائية الاختزال البيولوجي والعقيدة النفسية التحليلية، دون الوقوع في مأزق الانتقائية البيوسيكو اجتماعية. وبهذه الكيفية، أعيد اكتشاف أفكار ياسبرز ورجع صداها مجددًا في الطب النفسي تقريبًا بعد قرن من طرحها لأول مرة.

وعلى الرغم من اقتراب بعض المفكرين الأكاديميين من أفكار ياسبرز، لم يتابع الأكاديميون والأطباء الممارسون هذه التطورات النظرية باهتمام بالغ، بل أظهروا اهتمامًا قليلًا بها، لذلك تعد الانتقائية شعار هذا الفريق. حيث يزعمون أنهم «محايدون أيديولوجيًا» مما يعني حقيقة أنهم يتغافلون عن المحاولات المفهومية لإدراك ما يفعلونه عندما يدرسون ويمارسون الطب النفسي. إنهم يخفون هذا التقصير في الاهتمام تحت عنوان المقاربة البيوسيكو اجتماعية للطب، والتي قدمها بدايةً جورج أنجل كوسيلة محاولة لضم العوامل السيكولوجية والاجتماعية في النموذج الطبي الموسع للمرض، والذي يمارس في الطب. وأتت المقاربة البيوسيكو اجتماعية اليوم مندمجةً مع الانتقائية بصفة جد متواترة، لتعني ببساطة تجنب نقاش المناهج والافتراضات في العمل الطبي لشخص ما.

بالتالي، تتعارض تعددية ياسبرز مع الانتقائية كتوجه فلسفي سائد للطب النفسي الحديث. وهو كذلك لأن الانتقائية تعني للأطباء النفسيين في العصر الحديث تجنب كل حديث عن النظريات والمناهج وعليهم إنكارها جميعها. ولعدم قدرتهم على وضع ارتقاء وانحدار الطب النفسي البيولوجي وعلم النفس التحليلي في السياق، أوقف البعض هذا الأمر كله في محاولة لفهم الطبيعة البشرية

بشكل شامل. ولأن المذاهب الموحدة تثبت فشلها، فإن كل المدارس الفكرية غير مسموح بها. ويعد هذا عدمية في الشرح وهي عقيمة عقم العدمية العلاجية التي وجدها ياسبرز مملة. ولأنها متخفية تحت عنوان المقاربة البيوسيكو اجتماعية لفهم الطبيعة البشرية، لا تتخذ هذه الانتقائية قواعد ثابتة لها. فهي لا تعير اهتمامًا لمناهج المعرفة البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية، بل تعنون ببساطة نظريات مختلفة تحت تلك المفاهيم وتضم بعضها ببعض ولا تحاول تقييم إيجابياتها وسلبياتها نقديًا. وعلى المستوى العلاجي، تنتهي عند معارضتها للعدمية، رامية بكل أنواع العلاجات عرض الحائط.

يتخذ كل شخص وصفة دوائية وعلاجًا نفسيًا لأن كل شيء بيولوجي ونفسي، بيد أن عملًا ضئيلًا قد أنجز في تحديد متى ولماذا تكون الأدوية فعَّالة أو غير فعَّالة، ومتى ولماذا يكون العلاج النفسي فعَّالًا أو غير فعَّال، ومتى عساهما أن يكونا (أو لا يكونا) فاعلين معًا بشكل أفضل. يبدأ البحث التجريبي علاوة على ذلك بطرح هذه الأسئلة، ولكن على المستوى النظري، تظل الانتقائية البيوسيكو اجتماعية مدرسة مقبولة، بدلًا من التعددية المنهجية التي قدمها ياسبرز وهافنز أو ماكهاي وسلافني.

ومع ذلك كله، قد تساعد إعادة اكتشاف ياسبرز الطب النفسي الحديث على إسقاط حياديته الأيديولوجية المزعومة، التي تخفي في حقيقة الأمر انتقائية بيوسيكو اجتماعية، وتساعد على التحول إلى التعددية المنهجية ذات المبدأ. (انظر: الفصلين 23 و24).

(6)

انحدر رأي ياسبرز في المنهج العلمي بشكل واضح من عالم الاجتماع ماكس فيبر الذي كان بدوره له جذور من التمييز الذي أقامه المؤرخ وليام ديلثي بين العلوم الإنسانية والعلوم الطبيعية. ولكن ما ميز ياسبرز هو أنه لم يتخلى عن أسلوب تفكيره العلمي مع هذا التمييز.

خلافًا للصيغة التي اقترحها ورثة التفسير اللاحقون لهذا التقليد، لم ينحل

رأي ياسبرز في المنهج العلمي في الطب النفسي إلى فلسفة النسبية غير التجريبية (ودجنز وشوارتز 1991)[1]. أزعم أن مقاربة ياسبرز منسجمة مع فلسفات العلم الحديثة في إرث كوين وبيرس وغير منسجمة مع رأي بوبر في العلم. سأبين أن الفرق بين الفهم والشرح هو حرج ودقيق لرأي ياسبرز في العلم، غير أنها تتطلب تجنب تعريفات بوبر للمنهج العلمي.

(7)

كما هو معلوم، أتى ياسبرز إلى الفلسفة من الطب النفسي. وبالتالي، ما يقوله في شأن فلسفة العلم لا بد أن يكون له أثر مباشر على الطب النفسي.

فالأمر الأول الذي يؤخذ بعين الاعتبار هو أن ياسبرز يعتقد أن ماكس فيبر كان أجلَّ فلاسفة عصره، وهذا جدير بالملاحظة، لأن ياسبرز قد منح تلك المكانة لصديقه مارتن هايدغر. لا يمكننا أن ننسب قول ياسبرز بخصوص فيبر فقط إلى الصداقة الشخصية بالأخذ بعين الاعتبار العلاقة المماثلة في الأهمية والتي كانت أطول في الحقيقة بهايدغر. في واقع الأمر، من الممكن أن هناك نقاط تشابه أكثر طبيعيةً بين ياسبرز وهايدغر في مواضيع الفنومونولوجية والمذهب الوجودي، بينما كان فيبر تجريبيًا ذا عقل تحليلي وفي العديد من الأوجه كان أقرب إلى مدرسة الفلسفة الأنجلو أميركية منها إلى المدرسة القارية، التي بها يعرف كل من هايدغر وياسبرز في غالب الأحيان. (من الواضح أن ياسبرز لا يمكن أن يصنف بسهولة في أي مدرسة فكر). ما الذي كان جد مؤثر في عمل فيبر واستحق عليه حكم ياسبرز كأروع فيلسوف عصره؟ فلم يوفر ياسبرز للقارئ دليلًا واضحًا على ذلك في دروس في الفلسفة الحديثة. فجعل حكمه لصالح فكر فيبر ومنزلته الفلسفية، لكنه يشير أساسًا إلى عمل فيبر ككونه منحصرًا في العلوم الاجتماعية المطبقة. تعد **الباثولوجيا النفسية العامة** المصدر الأفضل للربط بين فيبر وياسبرز حيث في الجزئين 2 و6 يجعل التمييز بين الفهم والشرح محوريًا لفهمه للطب النفسي.

(1) أتى تبني رأي من آراء ياسبرز من طرف هؤلاء المؤلفين الذين يقيمون الحجة على أن هناك علم المعنى، ويعني علمًا من ناحية ويتناول معاني من ناحية أخرى، عوضًا عن حقائق تجريبية بسيطة.

في بداية نقاشه للمعنى في الطب النفسي، عمل ياسبرز، في حاشية سفلية الرابط الشخصي الذي نبحث عنه: «كان عمل فيبر في الغالب مسؤولًا عن استعمالي المقصود للفهم كمنهج، والذي سيكون متلائمًا مع عاداتنا الثقافية العريقة. فرحب بهذا الكتاب كعمل جديد بشكل راديكالي، بالرغم من أن كل ما قمت به هدفه ربط الحقيقة الطبية بالإنسانيات التقليدية. وبالنظر إلى الوراء، يبدو الأمر عجيبًا أن تكون هذه الأخيرة طي النسيان وازدادت بعدًا عن الطب النفسي». ([1913] 1997، 301 302).

يطيل ياسبرز القول ليشير إلى حدود منهج الفهم في الطب النفسي، فهذا مهم بالخصوص، لأنه إن ترك دون مراجعة، سيؤدي استعمال الفهم في العلم بالأحرى إلى نسبية قوية. لقد حصل هذا الانحراف في الحقيقة مع جيل الكتّاب النقّاد ما بعد ياسبرز. وبالتالي إنه لمن الأهمية أن نبين كيف قام ياسبرز باستعمال أفكار جيل النقّاد، دون الخضوع إلى النسبية الصريحة.

ودائمًا ما أكد ياسبرز ضرورة وقيمة العلم التجريبي (الشرح). ففي الـ GP، تبدو نبرته موجهةً إلى زملائه في الطب النفسي، وقد كان معظمهم تجريبيين، لذا سلم بمزايا العلم التجريبي. وحاول أن يبين لهم أن دورًا آخر لا يزال موجودًا للفهم. ونتيجةً لذلك، سلم بأهمية الشرح في الطب النفسي. كما لمح بأن علينا التسليم بأهمية الحرية الإنسانية. لا يوضح ياسبرز هذا العامل كثيرًا في الجزء 2 من الـ GP، ولكن عمله الأخير يوضح ما يعنيه. إذا كان الناس أحرارًا، وهو ما نقر به أغلبيتنا، باعتبار العلماء التجريبيين، عندها هناك جوانب معينة للأشخاص تعد فوق الفهم أو الشرح. يسمي ياسبرز هذا «الحرية العفوية للوجود». إذن يضع ياسبرز الشرح في كفة، والوجود في كفة أخرى. فالفهم في تناوله لهذا التمييز يتوسط الاثنين.

ليس الفهم على قدم المساواة مع الشرح حيث لا يعتبر لوحده منهجًا للعلم ينتج الوقائع والحقائق بنفس القدر الذي يقوم به منهج الشرح. كما لا يعد الفهم المصدر المؤمن للحرية الإنسانية، المصدر الذي يجعل كلًا منا فريدًا. ومع ذلك، يلعب كل وجود إنساني ذلك الدور. فيتوسط الفهم الشرح والوجود حيث لا يوجد بشكل منفصل كسلك للمعرفة (المذهب الفرويدي والماركسي). «يخدم الفهم السيكولوجي فقط الباثولوجيا النفسية إلى درجة أنه يجعل الشيء واضحًا لتجربتنا

ويقوي ملاحظتنا» (ياسبرز [1913] 1997، 312). يلقي الفهم الضوء على وقائع أو أحداث معينة، فالمعرفة المكتسبة قد تؤدي إلى تفسيرات جديدة أساسها الفهم أو إلى شروح جديدة للوقائع التجريبية التي تضاف إلى معرفتنا الموضوعية للشرح.

بناء عليه، لا ينظر ياسبرز إلى الفهم كمساوٍ أو أفضل (كما يقر النسبيون في الفترة الحديثة) منهج للمعرفة مقارنةً بالشرح. إذ يرى الفهم كوسيط ضروري بين الوقائع الخام والحرية البشرية، والتفسيرات التي تظهر كنتيجة لا بد أن توفر المعنى لما لوحظ، وأن تدفع بالمزيد من الملاحظات للوقائع والمزيد من التفاسير الجديدة.

(8)

إذا كان الطب النفسي كما يتصوره ياسبرز، علمًا، فهو ليس كذلك من منظور كارل بوبر. كما سيناقش في الفصل 4، رمى بوبر إلى تقديم تعريف استنتاجي للعلم لتعويض التعريف الاستقرائي التقليدي. ووفقًا للرأي القديم، بدا العلم يشتمل على تجميع الوقائع، كلما جمع وقائع أكثر، يكون بذلك دليلًا أكبر على العلم. هذا وترجع مشكلة هذا الرأي الاستقرائي إلى ديفيد هيوم، الذي بين أن هذه المقاربة لا يمكن لها البتة إثبات أي شيء. يعتمد الاستقراء بالأحرى على الاحتمال، وبالرغم من أن شيئًا ما قد يكون بنسبة 99، 99 أساسه الاستقراء، دائمًا هناك ثمة أمل ضئيل بأن الأمر لا يمكن أن يكون كذلك. بحثّ بوبر عن اليقين التام للعلم، واعتقد أنه قد وجده مع اكتشافات أينشتاين. لقد كان أينشتاين قادرًا على القيام بتوقعات معينة مرتكزة على نظرياته، حيث إذا كانت توقعاته خاطئة، فإن نظريته خاطئة. فاحتاج الأمر إلى خطأ واحد فقط لتكذيب نظريته كاملةً. وبالتالي، أقام بوبر الحجة بأن العلم بالإمكان أن يفهم بشكل أفضل كنشاط يمكن أن تدحض نظرياته بشكل كلي، ولكن ليس بالإمكان إثباتها كليًا، إذ تعد النظريات العلمية الفضلى تلك التي تقدم افتراضات قابلة للدحض. ولو لم تكذَّب لاحقًا، فقد تكون تلك النظريات صحيحة. كما تجدر الإشارة إلى أن بوبر قد اتهم فرويد وماركس لادعائهم بتقديم نظريات علمية عندما لم تكن أفكارهما في واقع الأمر قابلةً للتكذيب. فهذه المقاربة اكتشفت في العلم

الحديث. ومع ذلك، لها عيب يتمثل في جعل أحد مجالات العلم، ألا وهو الفيزياء، البراديغم الأساسي للعلم، وهذا الأمر هو الذي حذر منه فيبر الجميع. يتمثل فرويد وماركس كأهداف سهلة، كما يمكن أن تحذف نظرية داروين هي الأخرى لكونها غير قابلة للتكذيب.

في النهاية، لم يجد بوبر حلًا للغز هيوم. ولأن رأي بوبر لا يصرح لنا أي النظريات على صواب، لكنه يدلنا على النظريات التي ليست كذلك. كما أنه لا يعمل ذلك إذا لم يكن المرء على استعداد لإنكار أي دليل باستثناء المعلومات التجريبية. إن يكن الفهم مسموحًا به، كما يؤكد فيبر وياسبرز، عندها تكون التفسيرات المرتكزة على الفهم غير قابلة للتكذيب. وعليه، لا يمكن أن تدحض بشكل تام، كما لا يمكن أن تثبت بشكل تام كذلك. وبذلك نترك مجددًا مع مشكلة علم النفس المشوب بعلة. ولعل بعضهم مثل بول تشيرشلاند رحب بهذه العودة للأحداث بشكل يبعث للسرور حيث إن «علم النفس الشعبي» هو بالأساس استعمال الفهم كوسيلة للمعرفة، وقد ينكر تشيرشلاند أية إفادة منه. ولكن هذا النوع من المذهب المادي الاختزالي ضيق الأفق ودون تطلعاتنا.

وقد استخلص ياسبرز هذه الخلاصة المباشرة قبل بوبر بسنوات: «في سيكولوجيا الظواهر الحاملة للمعنى، إذ لا يؤدي تطبيق الارتباطات المدركة مباشرةً والقابلة للفهم على حالة واحدة على الإطلاق إلى دليل استنتاجي ولكن فقط إلى احتمالات» ([1913] 1997، 313). يقدم لنا هذا فلسفة استقرائية للعلم مثل فلسفة بيرس، ولكن ليس بالضبط بالمعنى التقليدي. وللتذكير، لقد قبل بيرس الاستقراء كمنهج للعلم، وفهم أنه يؤدي إلى احتمالات متزايدة للحقيقة وجادل بأن هذه الاحتمالات قريبة جدًا من حدود اليقين لدرجة أنه يكاد يكون من العبث رياضيًا إنكار اليقين لها في مرحلة ما من الأدلة المتراكمة. وأضاف بيرس أيضًا أن هذا التراكم للمعرفة الاستقرائية شبه اليقينية كان عملية مدت جسر التواصل بين أجيال العلماء، كما أضاف أن جمهور العلماء الذي أضاف إلى حصيلة المعرفة هذه، من شأنه أن يصل إلى اتفاق في النهاية على ما كان من المحتمل أن يكون صحيحًا بالاعتماد على تلك المعلومات. يختلف رأي ياسبرز في الفهم عن رأي

بيرس في أن ياسبرز لا ينظر إلى المعرفة المستخلصة من الفهم ككونها ملموسة بشكل متشابه. ولا يمكن أن تنتقل التفسيرات المرتكزة على الفهم، بشكل كامل ودون نقد، من جيل علماء إلى آخر؛ كما لا ينبغي ببساطة البناء عليها أو الإضافة إليها؛ وعليهم ألا يعتمدوا على إجماع الرأي في صحتها. حدثت كل هذه العمليات في الحقيقة مع تلك المنظومة الواحدة للتفسيرات التي انتقدها ياسبرز بشدة كالعقيدة الفرويدية المتحجرة. هذا ورأى ياسبرز الفهم كشيء أكثر ميوعة وأقل تجريبًا: «لا يمكن أن يستعمل الفهم السيكولوجي ميكانيكيًا كنوع من المعرفة الشاملة، والحدس الشخصي النشط مطلوب في كل حالة» ([1913] 1997، 313). اقتبس ياسبرز أوجن بلولر (طبيب نفسي أكاديمي محترم وكذلك رجل منفتح كان قد ساعد فرويد ولكنه عارض مذهبه): «يعد التفسير علمًا فقط في المبدأ، ودائمًا ما يكون فنًا في الممارسة».

(9)

قدم ياسبرز رأيه في المنهج العلمي في الـ GP كما يلي:

> **إن العلم هو معرفة تكون عامة صحيحة ومقنعة. ترتكز على مناهج مصممة بشكل مقصود، والتي يمكن أن توضع تحت مجهر الاختبار من قبل أي طرف ودائمًا ما تكون مرتبطة بالمواضيع الفردية... وباسم العلم، كنا راضين بطريقة خاطئة عن العقلنة المجردة والمنهج المنطقي البسيط وعن وضوح التفكير المجرد... إذا اختلط التفكير البسيط بالمعرفة الموضوعية، سيُفتقد العلم في التكهنات الفارغة والاحتمالات اللا متناهية الناتجة عنها. يُحدد العلم على نحو خاطئ بالعلم الطبيعي... إذ يعدّ العلم الطبيعي قاعدة عمل الباثولوجيا النفسية، وعنصر أساسي فيها كما تمثل الإنسانيات الأمر نفسه، وبهذا لا تصبح الباثولوجيا النفسية بأية حال أقل علميةً ولكنها تعتبر علمية بمعنى آخر. إن الموقف العلمي جاهز ليتبنى مناهج ولا يسأل إلا عن تلك المقاييس العلمية العالمية والصلاحية العامة والأفكار المقنعة (يمكن إثباتها) ووضوح للمنهج وإمكانية الانفتاح على نقاش مثمر. ([1913] 1997، 768)**

وعلى ما يبدو أن هذه المقاييس الأخيرة للعلم من شأنها أن تقصي الفهم الحامل للمعنى، والتي تبدو أقل من أن تكون ذات صلاحية عالمية، ولا يمكن إثباتها بالمعنى نفسه مثل المناهج التجريبية. بالرغم من أن ياسبرز نظر للفهم ككونه أقل وثوقًا من الشرح السببي، أي: أنه سمة للعلم التجريبي، إلا أنه ما زال يعتبر الفهم علميًا في عدة حالات. أشار ليونارد أرليش، الذي ترجم وجمع العديد من أعمال ياسبرز إلى الإنكليزية، إلى أن ياسبرز يستعمل عند مناقشة مفهوم العلم الكلمة باللسان الألماني Wissenschaft «والتي يرجع معناها إلى أي بحث منظم ومنهجي. فهي لا تشير فقط إلى العلوم الطبيعية» يقدم أرليش اقتراحًا بإعادة ترجمة المقطع الموجود أعلاه من الصفحة 768 كما يلي:

«العلم هو المعرفة التي تكون ثابتة ومتينة بالإجماع، ومبنية على منهج يلتزم به بتروٍ وقابل للتجربة من أي طرف، ودائمًا ما تعود إلى مواضيع محددة. ويمكن أن يُستدل أو يُثبت كل ما يفهم علميًا على نحو يجعل أي فكر قادر على فهم المشكلة المطروحة غير قادر على التملص من صحتها».

ويعلق أرليش أيضًا:

«يعدّ قلب المشكلة ما أسماه ياسبرز الوعي المنهجي. فهذا لا يعني فقط الفعل المنهجي، والإجراء المنهجي، ولكنه يعني منهجًا يصاحبه الوعي بما يفترضه المنهج، بالافتراضات التي تعكس المنهج، وما طبيعة احتمالاته وحدوده، وكيف يختلف عن المناهج الأخرى ولِم وقع اختياره، وكيف يكون على صلة وثيقة بموضوع التحقيق، وما طبيعة اختباره للتجربة وفيم تتمثل نتائجها؟» (أرليش 1999)[1].

وفي محادثته معي، وضح أرليش ما رمى إليه ياسبرز بلفظ الصلاحية العالمية بطريقة تجعل إمكانية تطبيقها على منهج الفهم قابلة للفهم أكثر:

لا تشير الصلاحية العالمية إلى فكرة أن لفظ المعرفة العلمية يطبق على جميع الحالات ذات الصلة، الأمر الذي يعدّ مبدأ تافهًا. عوضًا عن ذلك،

(1) أنا مدين للبروفسور أرليش على أعماله الشفوية والمكتوبة، ردًا على عرض أخير لبعض أفكاره التي أفادت بها جمعية كارل ياسبرز.

تعني أن ما يشكل معرفة هو ذو صلاحية لأي كان، أي: أن أي شخص آخر بإمكانه تولي البحث أو التحري في أية معرفة علمية. إنها مقياس «الموضوعية» بمعنى «البين ذاتية». . حينما يتعلق الأمر بالتشخيص، التنبؤ، وبالعلاج، يعرف الطبيب ما هو متضمن في مسار الحصول على تلك المعرفة. إنه «صالح عالميًا» لأن التسليم بصلاحيته من قبل شخص آخر سيحصل بقدر ما يكون عليه كعالم كفؤ. وتعد «الصلاحية العالمية» خاصة في الطب علامة ومقياسًا للعلم وهدفا» كما يقول ياسبرز، أي مقياس يقيس به العالِم مدى صلاحية نتائجه ومعرفته، وهو ليس معيارًا يجب أن تتوافق معه المعرفة. (تواصل شخصي، 2000)

حسب رأيي، يعد هذا المقطع القصير من الـ GP من أهم المقاطع بما أنه يعرض بشكل أوضح مساهمة ياسبرز المهمة لتحديد منهج علمي للطب النفسي، بمعنى التمييز بين الفهم والشرح والتركيز على الوعي المنهجي والتعددية[1].

(10)

وهكذا، يقرّ ياسبرز برأي عن العلم بأنه ينطوي على صلاحية عالمية، بالرغم من تضمين منهج الفهم والشرح في نطاقه. سأقترح هنا بعض المصادر الأخرى للتفكير حول المنهج العلمي والتي تندمج مع آراء ياسبرز وتكملها. فيمثل المصدر الأول عمل كلود بيرنارد في شأن المنهج التجريبي (ألمستاد وألمستاد 1961). وفي منتصف القرن التاسع عشر، لا زال السؤال مفتوحًا ما إذا كانت البيولوجيا، أي دراسة الكائنات الحية، علمًا تجريبيًا، قابلًا للشرح السببي فقط، مثل الفيزياء والكيمياء. اعتقد أنصار نظرية الحيوية أن هذا الأمر لم يكن كذلك، إلى أن أظهرت سلسلة من التطورات التجريبية في الفيزيولوجيا، والتي قادها بيرنارد وماجندي وزملاؤهما غير ذلك، حيث كانت نظرية الحيوية الرأي السائد وسط العلماء. يمكن القول بأن بيرنارد، الذي أصدر كتابًا حول المنهج التجريبي في الطب، هو من يرجع له الفضل في جلب البيولوجيا والطب إلى معسكر العلم التجريبي. وقد سلطت

(1) توسع ياسبرز في حديثه عن فلسفة العلم في أعماله اللاحقة التي فسرها البروفسور جورج بوبر بحرفية كبيرة (1988).

تجارب بيرنارد الضوء على الجدل حول ما إذا كانت العلوم الاجتماعية، وخاصة علم النفس أو الطب النفسي، علومًا تجريبية.

أولًا، أرسى بيرنارد الموقف المتشكك بطريقة أعاد تقديمها ياسبرز بالتفصيل، كقاعدة الموقف العلمي: «لاتعد النظريات التي تجسد أفكارنا العلمية حقائق ثابتة بأي طريقة، لذا يجب أن يكون المرء مستعدًا لتجنبها، ولتغييرها، ولتعويضها حالما تتوقف عن تمثيل الحقيقة. وبإيجاز، يجب أن نغير النظرية لتطويعها للطبيعة، وليس أن نغير الطبيعة لتطويعها للنظرية» مقتبس في (ألمستاد وألمستاد 1961، 132). وبالتالي، أولًا وقبل كل شيء، يتطلب المنهج العلمي التعاطي مع نظرية ما بكل ثقة (كما يقول هافنز) ويتطلب أيضًا إرادة لوضعها تحت الاختبار بالتجربة والعدول عنها أو تغييرها بالاعتماد على النتائج. وعليه، يبدو أن رأي بيرنارد في العلم يقارب رأي بيرس مؤخرًا، أي: التحوير المتدرج للنظريات الذي لا ينتهي. ومع ذلك، يؤمن بيرنارد فعلًا بمبدأ واحد مطلق ألا وهو الحتمية العلمية، التي وصفها ألمستاد كما يلي: «تحت الظروف المتشابهة، ستكون الظواهر الناتجة متشابهة» (133). وردًا على تحدي هيوم لمبدأ السببية، يجيب بيرنارد بينما لا يمكن أن نكون واثقين بأن الشمس ستشرق غدًا، يمكن أن نعرف أنها ستشرق غدًا تحت نفس الظروف التي أشرقت فيها اليوم. فهذا يسمح لبيرنارد بالقبول بالحدود الكامنة للنظريات المتغيرة دون الوقوع في النسبية.

وبتبني موقف بيرنارد، بإمكاننا أن نطرح الأسئلة التالية حول منهج الفهم: هل يخلق التفسير القائم على الفهم فرضيات يمكن إخضاعها تحت مجهر الاختبار؟ هل يمكننا أن نختبرها بالتجربة؟ تخلينا عن بوبر، إذ لا تحتاج تفاسيرنا أن تكون قابلة للتكذيب، فنحن لا نبحث عن اليقين. ولكن إذا ما كانت قابلة للاختبار، وإذا بدت التجربة ملائمة أو غير ملائمة بالاستناد إليها، فعندها يمكن أن تضيف أو تنقص من إمكانية حقيقة هذه التفاسير. حينما نقول إن شيئًا ما، يمكن اختباره، يعني أن نعرض الفهم وسيطًا بين الوجود والحقيقة التجريبية (كمفهوم ياسبرز للفردانية الإنسانية الحرة المميزة) أكثر من كونه عالمًا مختلفًا يضاهي الشرح ومنفصل عنه. وبالتالي، يمكن إثبات المعنى القائم على الفهم

(في المعنى المغاير لـ بوبر، أي أنه لا يكون أبدًا بيقين غير قابل للشك) كما له صلاحية عامة (بمعنى بيرس، يعني ذلك، أن تكون قابلة لإعادة الإنتاج إلى حد ما، أو جديرة بالملاحظة من قبل جمهور العلماء). يتطلب هذا الجانب الأخير جماعة من المحققين المنفتحين ممن ينظرون إلى التفسيرات الثابتة، كما ينظر العلماء التجريبيون للحقائق أعني المعلومات التي تحتاجها التجربة التي يعملون بها أي: كمعلومات يمكن أن تتجسد في شكل مفاهيم بطرق مختلفة، عادة ما تحتاج لأن تكون قابلة للاستجابة لدليل تجربة أخرى. ويجب ألا تكون هذه المجموعة من المحققين دوغمائيين (مثل أتباع فرويد من الرعيل الأول)، وألا ينظروا إلى التفسيرات بنفس الطريقة التي نظر بها الوضعيون إلى الوقائع أي: كحقائق مطلقة غير قابلة للتغيير.

(11)

إنه لمن الأهمية كذلك أن نعود إلى تعريف تشارلز بيرس للتجربة، بما أن الموقف التجريبي هو أساس فكر بيرس. «ما هي المكونات الأساسية للتجربة؟ أولًا، تجربة طبيعية بشرية. ثانيًا، فرضية يمكن إثباتها. إن هذا الاقتراح يرتبط بفضاء محيط المجرب أو بجزء منه، وإثبات أو نفي هذه التجربة ما هو إلا إمكانية التجربة أو عدمها. أما المكون الثالث فهو الشك الصريح في صحة الفرضية والذي لا غنى عنه في ذهن المجرب» (بيرس «1905» 1958، 198).

وبالتالي، يحتوي الموقف التجريبي الذي يعد أساس المنهج العلمي على فرضية يمكن إثباتها؛ وقد يكون هذا أهم إسهامات بيرس في هذا الموضوع. إذ لا بد أن توجد فرضية ما بصدد اختبارها. وإلى حد ما، حينما نتحدث عن المعاني الإنسانية، يمكن أن نفسر رأي ياسبرز في منهج الفهم كطريقة لخلق الفرضيات، والتي من الممكن عندها أن تختبر لدرجة معينة، بشكل أكثر ملائمةً عن طريق منهج الشرح السببي. ويمكن ألا توضع تلك الفرضيات التفسيرية تحت الاختبار بمنهج الشرح. وقد يشبه هذا الرأي في الأشياء إلى درجة كبيرة رأي فيبر في استعمال الأنواع المثالية في البحث الخاص بالعلم الاجتماعي. وتعاد إثارة أهمية الشك من

قبل بيرس عند الاشتغال بالمنهج العلمي باعتبار أن الشك قد يكون أكثر أهمية مع منهج الفهم منه مع منهج الشرح.

(12)

هناك مصدر آخر يساعدني على فهم ما يعنيه ياسبرز بالفهم، وهو مقال كتبه في الفترة الأخيرة فيلسوف يدعى أوسبورن ويدجينز، والطبيب النفسي مايكل شوارتز حيث يحاولان تقديم الخطوط العريضة لعلم المعنى (1991). يقدم ويدجينز وشوارتز أولًا تعريفًا للعلم كـ«ذلك النوع من المعرفة القادر على الإثبات المدقق أو الدفاع. إذا ما تمنينا إرساء قواعد علم في شأن ميدان معين من الميادين الواقعية، يجب أن نطرح السؤال التالي: كيف لنا أن نبرهن وندافع عن أقوالنا بشكل أفضل في خصوص ما نعلمه حول ميدان المعرفة؟» (48). لا يربط هذا التعريف العام العلم بنوع معين من العلوم مثل الفيزياء أو البيولوجيا حيث إنه شبيه بتعريف ياسبرز للعلم كـ«ذي مصداقية ومقنع بصفة عامة». يتابع ويدجينز وشوارتز شرح الأفكار العلمية إلى جانب مصطلحات بيرس وليس مصطلحات بوبر: «يعد التصديق العلمي مشكلة المنزلة التي يتنزل فيها علم ما. فيعتمد التصديق على حجم الدليل الرافد. وتبعًا لذلك، تتكون الاعتقادات العلمية في درجات من إمكانية وجود الحقيقة». كما يعرفان المعاني كـ«عمليات ذهنية بمواضيع مزعومة» (49). هذا ويعتبران «الفهم» كـ«الطريقة التي بها يختبر الشخص «معاني» شخص آخر» (50). يعتمد هذا على «التعابير» التي ينتجها الأشخاص عن المعاني، كالحديث عنها أو الإيماءات غير اللفظية للوجه. جادل كل من ويدجينز وشوارتز بأن التعابير هي أشكال موضوعية للدليل، وتعمل كالأساس العلمي للمعاني. بالرغم من أن المعنى بطبيعته غامض، وبالتالي لا يمكن على الإطلاق تقديم تفسير للمعنى بشكل بات، فهذا ليس مختلفًا من ناحية المبدأ عن أي مسلك آخر من مسالك العلم. كما في العلوم التجريبية للشرح السببي، والتي بينها بيرنارد، هناك دائمًا مجال للشك. وبالتالي، فالشك الكامن في فهم المعاني لا يجرد الفهم من كونه علمًا. وقد يكون هناك مجال أوسع للشك وقدرة أقل لنقترب من اليقين، ولكن هذه اختلافات في الكم أكثر منها في النوع المتعلق بالدليل العلمي. وعليه، يسلم ويدجينز وشوارتز بالتباس وتعدد

أوجه التفاسير التي تقدَّم للمعاني، ولكنهما يقران بأن هناك دورًا مع هذا كله موكول للدليل التجريبي للتعابير، حيث تكون تفاسير معينة على ما يبدو محتملة أكثر من غيرها، ويمثل هذا كله بحد ذاته المنهج العلمي.

وإذا ما سلمنا بأن الكثير حول العمليات الذهنية لشخص ما، خفي وغير ظاهر في التعبير الخارجي، وربما حتى للشخص نفسه، فهنا يكون علم المعنى محدودًا. وقد تكون العديد من جوانب الحياة العقلية عصية عن الوصف باليقين العلمي أو الشبه العلمي. يستنتج ويدجينز وشوارتز عبر هذه السطور والتي كانت بالإمكان أن تكتب من طرف بيرنارد: «إن الأمل الوحيد لتذليل هذه الصعوبة يكمن في تكريس أكبر للموقف النقدي في العلوم الإنسانية. فالريبة والشك خاصة فيما يتعلق بالأفكار الخاصة بالشخص ينصح بهما بشكل مضاعف» (53). وبلا شك، يتفق ياسبرز مع جزء كبير من تفسير تفكيره. قد يكون مثيرًا للاهتمام بالنسبة للمفكر أن يفكر في الصلة بين رأي ياسبرز في الفهم، والأنواع المثالية لـ فيبر. ومن الممكن أن يسلم بأن التعابير الخارجية للمعاني (أقوال، تصرفات) ضرورية لتقديم الدليل لتفاسير معينة، ولكن المرء يتعجب حينما يقيم ياسبرز الحجة بأن علينا أن نستعمل الأنواع المثالية لـ فيبر كمصدر دليل يتوافق أو يتعارض مع تفاسير معينة. وصف ياسبرز الأنواع المثالية كـ«أدوات إدراكية لمقاربة الواقع» (أرليش، أرليش وبوبر 1994، 482)، كشيء شبيه بتفاسير معينة مقابلة لتجربة مختبرة. إنها فرضيات بمثابة تصورات مفهومية، ولا تعتبر مجدية، بل إنها بمثابة طرق لتوضيح معان لما وضع تحت التجربة. ودون شك، اعتبر ياسبرز مفهوم فيبر للأنواع المثالية أساسًا لمنهج الفهم، وأكد قيمة هذا الجانب من فكر فيبر. ونخلص إلى أن هناك مصادر الأدلة للتفاسير، وهذا في حد ذاته درس مهم لأنه يقدم دعمًا للقيمة العلمية لمنهج الفهم.

(13)

عبّر ياسبرز بشكل أنيق عن المشكلة كما يلي: إذا كان الطب النفسي علمًا، فإنه علم يعتمد على فهم المعاني، بالإضافة إلى الشرح السببي. ويعد الفهم اجتهادًا علميًا يعادل نفس قيمة الشرح السببي، إذ لا يحيل الفهم الطب النفسي إلى النسبية.

وذلك لأن منهج الفهم يمكن أن يطبق على الطب النفسي، بينما يظل المرء وفيًا لوجهين رئيسيين اثنين للمنهج العلمي: باستعمال أي دليل صالح لاختبار نظريات شخص بنفيها وإثباتها معًا، بالإضافة للموقف المتشكك للشك. هناك دليل للفهم يمكن الاعتماد عليه وتعميمه إلى حد ما، مثل كلام الأفراد وسلوكهم المشاهد، وقد يقدم هذا قاعدة علمية لمنهج الفهم. ومع ذلك، تعد هذه المصادر محدودة دائمًا، وبالتالي، لا يمكن إثبات النظريات والتفاسير القائمة عليها بشكل كامل إطلاقًا. هذا وتكون التفاسير عرضة تقريبًا لإمكانية شرح الدليل الكافي. ونتيجة لذلك، يجب تجنب التعريفات الصارمة للعلم، مثل مقياس قابلية التكذيب لـ بوبر. ولكن، يعد فقدان مثل هذا التعريف الصارم، والشطط في التكريس للموقف الشكاك إزاء الأفكار، ضروريًا للحفاظ على الأمانة العلمية.

(14)

لا يتوقف رأي ياسبرز في المنهج العلمي، والمشتق من ماكس فيبر، على الرأي العلمي الشامل في التمييز بين الفهم والشرح السببي. وخلافًا للمفكّرين الكتَّاب في الفترة الأخيرة، لم ينته رأي ياسبرز في المنهج العلمي في الطب النفسي إلى نسبية «الحداثة المغايرة»، رغم أنه يتطلب التخلي عن مذهب بوبر.

يقدم لنا ياسبرز طريقة لإعادة النظر فيما نعنيه بالمنهج العلمي، وكيف يمكن تطبيقه على الطب النفسي. إذ يستنتج أن علينا أن نتجنب الصيغة المبسطة للمنهج العلمي، ذلك الزعم الوضعي بأن بإمكاننا تجنب أي ضرب من التصديق، وأن بإمكاننا معرفة الأشياء بيقين مطلق. فالأمر ليس كذلك في الحياة، وحتى في علوم مخصوصة، بما أن كل العلوم لها مزاعم مفهومية معينة. ولكن بالنسبة لحقل معرفي يعالج الحياة العقلية للبشر الأحياء، مثل الطب النفسي، فيكون الأمر دون ذلك. ومع هذا، لا يتطلب العلم مثل هذه الميادين الصارمة. هذا ويمكن أن يرتقي الطب النفسي إلى معايير العلم، ولا يزال يستخدم الفهم لعمل تفسيرات حول معاني العمليات الذهنية للأفراد.

(15)

سيظل هذا النقاش بخصوص المنهج العلمي غير مقنع، وهذا ما أخشاه لفريقين اثنين. سيكون هؤلاء معظمهم معالجين نفسيين يقيمون الحجة على أن البحث عن البرهان في الطب النفسي مضلل، لأن الطب النفسي يعدّ فنًا، ودعوى كونه علمًا هي ببساطة مجرد ادعاءات. أما الفريق الآخر، ربما علماء الأعصاب أولو الأنفة، سيكون غير متساهل في الحديث عن المعنى الذاتي، وسيؤكد أن على الطب النفسي أن يتمسك بميادين الكمية والموضوعية. أرجو أن أكون قد ناقشت بشكل كاف حدود هذه الآراء المتطرفة لأجعل القارئ غير متعاطف معها. وإنني على ثقة بأن معظم القراء سيشعرون بأنهم بحاجة ضئيلة للتوقف عن أي ميل للمنهج العلمي في الطب النفسي برمته، وبالتالي، دحض الرأي المتطرف المناهض للعلم. ومع ذلك، سأقدم نقاشًا إضافيًا لحدود الرأي التجريبي الصارم في الفصل (19)، إن لم يكن سوى لسبب التطورات الحاصلة في السنوات الأخيرة في المقاربة التجريبية للطب النفسي.

الفصل السابع

منهج داروين الخطير
مغالطة مذهب الجوهر

«بما أن التفكير الداروينى ما ينفك يقترب أكثر فأكثر إلى موطننا - حيث نعيش - فإن انفعالنا يتصاعد، ويميل علم البيان إلى السيطرة على التحليل. لكن يرى علماء الاجتماع، ابتداء من هوبز مرورًا بنيتشه إلى يومنا هذا، أن التحليل التطوري لأصول -وتغيرات- العادات الأخلاقية من شأنه فقط أن يضفي معنى عليها. اتخذ الاختزاليون المندفعون خطواتهم الأولى المتعثرة في هذا المجال الجديد، وتلقوا صفعة عنيفة من طرف المدافعين عن التعقيد، لذا، يمكن أن نتعلم من هذه الأخطاء دون أن ندير الظهر عنها».

دانيال دينيت، 1995م

(1)

عرج نقاشي للمنهج العلمي بشكل طفيف على العمل الساحق لتشارلز داروين. لقد قدم الفيلسوف دانيال دينيت اقتراحًا بأن الفلسفة وعلم النفس وميادين أخرى من شأنها أن تستفيد من تناولها الجدي لأفكار داروين. لم أناقش إلى الآن ما يمكن أن يكون بالإجماع النظرية الأكثر تأثيرًا في البيولوجيا الحديثة: النظرية التطورية. يقيم دينيت (1995) الحجة على أن «فكرة داروين الخطيرة» يمكن أن تمثل كشكل من «الأسيد الشامل» الذي يمكن أن يزيل الكثير من الضبابية في مجالات أخرى، ولكن

يبدو أن العديد من المفكّرين مناهضون لها[1]، إذن فلنعد إلى المفاهيم الداروينية ونفحص صلتها التي يمكن أن نعتمدها لفهم الطب النفسي.

إن للأفكار الداروينية إفادة كبيرة كنموذج علمي للطب النفسي، أكثر من النماذج الأخرى السائدة كالنماذج المستخلصة من أينشتاين والفيزياء. تذكر أن كارل بوبر كان منتقدًا جدًا لفرويد (وماركس) لكونهما «غير علميين»، ولأنهما بالأحرى قدما نظريات عامة لا يمكن دحضها. إنه لجدير بالملاحظة أن بوبر كان بالأحرى مرتابًا في شأن الداروينية، لأن مناهج داروين تبدو جميعها شبيهة جدًا بمناهج فرويد ومناهج ماركس من حيث أنهما يشتملان على فرضيات بسيطة يمكن دحضها. ومع ذلك، يشير دينيت إلى أن داروين كان غير واع بتاتًا بالحاجة إلى اختبار الفرضيات كجزء من المهمة العلمية. ذهب بوبر بتفكيره بعيدًا جدًا بجعل القابلية للدحض المقياس الوحيد على علمية المنهج. وكتب دينيت: «يُقترح أحيانًا أن نظرية داروين لا يمكن دحضها بشكل منهجي (وبالتالي فهي جوفاء علميًا)، لكن داروين كان صريحًا حول نوع الاكتشاف الذي يتطلبه دحض النظرية: «بالرغم من أن الطبيعة تمنح فترات واسعة من الزمن لعمل الانتقاء الطبيعي، إلا أنها لا تمنح فترة غير محددة»، ولكن إذا أظهر الدليل الجيولوجي أن الوقت الممنوح لم يكن كافيًا، قد تدحض هذه النظرية برمتها». (1995، 46). ومع ذلك، يقيم دينيت كذلك الربط بين المنهج الدارويني وفلسفة العلم لبيرس: «من المعقول أن يعتقد أن الفكرة الخاطئة قد تخضع لحملات غير منقطعة من الهجمات، لكنه ليس بدليل قاطع بالطبع، بل مجرد اعتبار قوي ومقنع» (47).

---

(1) يرجع الفضل لـ دينيت بإعادة داروين إلى الخارطة الفكرية من جديد بكيفية شاملة تعكس مدى التزام دينيت وسعة نظره في هذا الطرح الجديد في كتابه الأخير، حيث يتمثل وصف دينيت لفكرة داروين الخطيرة والقائلة بأن: «ثمار التطور يمكن أن تفسر كنتاج لعملية رياضية (1995)، ويعني بهذا أن نظرية الانتقاء الطبيعي لداروين تفسر التطور باعتبار عامل صدفة وتغيرات لا أساس عقليًا لها، وبالتالي، دحض ما للخالق أو لقدرة روحية خارقة من تأثير على الوجود البيولوجي. ويمكن أن تتوسع هذه المقاربة إلى الفلسفة وعلم النفس ومجالات أخرى بقدرة خارقة على التفسير وتقديم تفسير مادي بالأساس للعديد من القضايا التي ننظر إليها في الغالب من زوايا نظر دينية، روحانية أو غير مادية، وبالإضافة إلى ذلك، أنا أتفق مع رأيه في أن أفكار داروين في غاية الأهمية، رغم تركيزي على منهج داروين المناهض للمبدأ الجوهري أو الماهوي، أكثر منه على منهجه الرياضي، فالاثنان لا يقصيان بعضهما بعضًا، وفعلًا، يتبنى دينيت المقاربة التي أدعمها خلال هذا الكتاب الذي يركز على المناهج المستعملة أكثر منه على مضمون النظريات.

للردّ على بوبر، نقول بأن الاختلاف يكمن في أن داروين أنشأ بالفعل العديد من الفرضيات التي يمكن وضعها تحت مجهر الاختبار عن طريق الوسائل التجريبية، بينما كان فرويد وماركس إما غير مهتمين بالاختبار التجريبي أو ينظران إلى العمل النظري صحيح من الناحية المجردة، أكثر من كونه فرضيات ملموسة معرضة للدحض التجريبي. ويناقش المدافعون عن داروين أحيانًا أن البيولوجيا تختلف عن الفيزياء بهذا المعنى: فعندما يكون موضوع الاهتمام أصل الكائنات، فالعديد منها منقرض، ويمكن الحكم بالارتكاز على الأحداث التي وقعت في الماضي (ايرفن 1959). فالأفكار العلمية غير منحصرة في الإطار الزمكاني التجريبي (كما هو الحال غالبًا في الفيزياء الكلاسيكية، وعلم الميكانيك الكمي). بالتالي، وبما أنها تتناول أحداث الماضي، تعد البيولوجيا التطورية في العديد من الحالات شبيهة أكثر بميدان الإنسانيات في التاريخ منه بالفيزياء. مثلما ناقشنا مسبقًا، بأن الطب النفسي ربما يعتبر ميدانًا تاريخيًا. وبالتالي، قد يُتساءل عما يجب أن تعلمه النظرية التطورية للطب النفسي، أو بشكل آخر، هل يمكن أن نفهم الطب النفسي بشكل أفضل ببصائر من البيولوجيا التطورية.

(2)

هناك جملة من الطرق التي يمكن أن تظهر فيها هذه العملية. تتمثل إحدى المقاربات باتخاذ رأي عام بخصوص النظرية التطورية في مضمونها، وبعدها محاولة تطبيق تلك النظرية مباشرة على الظواهر الطب نفسية. بالنسبة لي لا يبدو لي هذا المنهج، الذي يستعمله بعض المؤلفين، جذابًا، إذ يتضمن اتخاذ افتراضات تاريخية (وما قبل تاريخية) عديدة حول الحالة النفسية لأسلاف البشرية، وتقدير استقراءات من تلك الافتراضات للحالات الطب نفسية في الوقت الراهن (جلانتز وبيرس 1989؛ ستيفنز وبرايس 2000). يعد هذا النوع من التنظير شبيه أكثر بماركس، ولكن بدرجة أقل بداروين، فهو تأمل مجرد أكثر من كونه إنتاجًا لفرضيات قابلة للاختبار تجريبيًا. فعلى سبيل المثال، يمكن المناقشة بأننا نعمل بيولوجيًا على المستوى البدائي للوجود (الصيد وما يتبعه)، ومع ذلك، تضع الحياة المتحضرة العديد من الحواجز على تلك الغرائز البيولوجية. وبالتالي، تعد مستويات الهرم

الطبقي ذات الهيمنة الذكورية، التي من الممكن أنها كانت مفيدة من الناحية التطورية في الزمن الماضي ما قبل التاريخ، غير مقبولة في المجتمعات الصناعية الغربية. وعليه، تقع أنواع متعددة من الصراع مثل سمات الشخصية غير المجتمعية أو صراع الأزواج. تكمن مشكلة هذهّ المقاربة بغلوها في الافتراضات: فتفترض ما كان عليه الرجل البدائي، وتدَّعي أن تلك الخاصيات لم تتغير. إضافة إلى ذلك، تقدر هذه المقاربة للبيولوجيا التطورية ما كان مفيدًا من منظور الانتقاء الطبيعي، بطريقة تكون أقل وضوحًا بكثير مما في النوع الحيواني. أشار ستيفن جولد إلى هذه المقاربة كحكايات «صحيحة»، محذرًا من الإفراط في تطبيقها: «لا يطبق معيار تشكيل الحكايات الداروينية على البشر. ويعد التضمين هو الأساس: فإن كان متكيفًا، فهو وراثي» (1989، 259). في واقع الأمر، يناقش جولد أن التكيفات البشرية ثقافية ولا يمكن شرحها عن طريق الوسائل التطورية.

ويشاطر دانيال دينيت رأي جولد، حيث أشار على وجه الخصوص بالنقد إلى بعض مؤيدي «البيولوجيا الاجتماعية»، على سبيل المثال، إ. ولسون.

> **يصرح ولسون أن البيولوجيا الاجتماعية بينت لنا أن «الأخلاق، أو بصفة أخص اعتقادنا في الأخلاق هو ببساطة تكيف أخذ محله لدعم غاياتنا التوالدية». هذا كلام لا معنى له. قد تكون غاياتنا التوالدية الغايات التي تبقينا في السباق حتى يكون بمقدورنا تشكيل ثقافة وهي لا تزال تلعب دورًا أساسيًا محوريًا في أسلوب تفكيرنا، لكن ذلك لا يرخِّص لأي استنتاج حول قيمنا الراهنة. ولا يترتب عن الحقيقة بأن الغايات التوالدية كانت المصدر الأساسي لقيمنا في الزمن الحاضر، وأنها المستفيد الأساسي من أعمالنا الأخلاقية. فأولئك الذين يفكرون خلاف ذلك. متمسكون بالمغالطة «الوراثية» التي حذرنا منها نيتشه (وداروين). (دينيت 1995، 470)**

إذا غير أحدهم لفظ الأخلاق في هذه المقولة إلى السلوك البشري، فيمكن أن نفهم كيف أن ملاحظات دينيت ترتبط مباشرةً بالاستعمال غير المناسب للأفكار التطورية وعلاقتها بالطب النفسي وعلم النفس. ألف دينيت كتابًا كاملًا حول الداروينية لكي يؤكد ضرورة الأفكار الداروينية للفلسفة والإنسانيات بصفة عامة.

ويزعم أن الأفكار التطورية يمكن أن تكون ذات إفادة في علم النفس (بالرغم من أنه يؤكد أساسًا على علم النفس المعرفي أكثر من علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي) فإن نتجت فرضيات محددة فمن الممكن أن توضع تحت الاختبار: «هناك عمل جيد غزير في البيولوجيا الاجتماعية وعلم النفس التطوري، وهناك عمل آخر سيئ في أي من هذه الميادين» (دينيت 1995، 491).

باتخاذ مقاربة متعددة الأوجه، أميل لأكون أقل اهتمامًا في فحص فائدة البيولوجيا التطورية من منظور محتوى هذه النظريات، ولكني مهتم أكثر بالتفكير في مناهج داروين نفسه، وكيف لتلك المناهج أن تكون مفيدة للأطباء النفسيين.

(3)

واجه داروين معضلة لا تختلف جدًا عن بعض المعضلات التي يواجهها الطب النفسي المعاصر. فكان الإحراج الذي واجهه داروين في المشكلة المتمثلة فيما إذا كانت الحيوانات والنباتات دائمًا كما هي بالضبط، أو أنها تطورت بشكل ما لتصبح كما هي. وإذا كانت تتطور، كيف تطورت، وتحت تأثير أية عوامل؟ اهتم داروين بهذه المشكلة من زاوية نظر بيولوجية صرفة. واهتم عمله بالاعتقادات الفلسفية والدينية المهمة.

كان **مذهب الجوهر** الموقف السائد. ويعني مذهب الجوهر أن الماهيات تكون على ما هي بسبب جواهرها، لأن هناك شيئًا ما، فريد من نوعه بخصوصها وبدونه لن تكون هذه الماهيات كما هي. تعود هذه الفكرة الفلسفية إلى سقراط الذي قسَّم خصائص أي شيء في العالم إلى جواهر (العناصر الضرورية المميزة) ووقائع (خواص موجودة ولكنها غير ضرورية لوجود شيء ما). يمكن القول إن ماهيات الأشخاص تتمثل بأنهم حيوانات عاقلة؛ سواء كانوا ذوي الشعر الأحمر أو الأسود (أو دون شعر) فهي خاصية عرضية. ومع ذلك، لا يمكن أن نتصور أي شخص لا يملك ناصية العقل وخاصية كونه كائنًا حيًا (حيوان). يقر مذهب الجوهر المطبق على جنس الكائنات، بأن الكائنات هي جوهريًا على ما هي عليه بسبب ماهياتها الفريدة. دائمًا ما يوجد شيء ضروري وفريد لكل جنس، الذي لا يمكن مبدئيًا أن

يتغير البتة. كان ملحق الوصية اللاهوتي لمذهب الجوهر يتمثل في أن الرب أوجب جوهر كل شيء في فعل الخلق.

وبالتالي، يستوجب مذهب الجوهر، وعقيدة توحيد الله، أن جنس الكائنات لا يتغير إطلاقًا. ومع ذلك، أقنعت العديد من الاكتشافات التي قام بها داروين (وآخرون) بعض البيولوجيين بأن الكائنات تتغير على مدى الزمن، وأنها تتطور بكيفية تتغير من خلالها بشكل جلي دون دليل يعكس جوهرًا غير قابل للتغير. والمشكلة في هذا الرأي المتعلق بجنس الكائنات، من زاوية نظر فلسفية، تتمثل في أنه قطع مع حقب زمنية طويلة للتعاليم الخاصة بالبيولوجيا التي تعود إلى زمن أرسطو، وأنه كان يتناقض مع علم اللاهوت المسيحي.

قد يبدو من الصعب، منذ قبل قرن ونصف قرن من الزمن، أن نقدر حجم الشجاعة التي احتاج إليها داروين وهاكسلاي وزملاؤهما للتحرر من مثل هذه الروابط القوية للمعتقد. ومع ذلك، فقد فعلوا (ارفين 1959).

من الواضح من خلال هذا العرض أن هذا التحرر لا يمثل ببساطة مشكلة نظرية بيولوجية جديدة. بل كان يمثل تغييرًا أبستمولوجيًا وفلسفيًا في التفكير في الجنس البشري والعلم. إن هذا الجانب من عمل داروين الذي أعتقد أنه أكثر ارتباطًا وصلةً بالطب النفسي الحديث. ما الذي قام به داروين حسب تفكيره وكان في غاية الثورية؟

(4)

أعتقد أن التحرر البالغ كان مع مذهب الجوهر[1]. حينما اقتنع داروين بالتطور، وجب عليه أن يضرب بمذهب الجوهر عرض الحائط. فالمرء لا يفكر بعد الآن في خصوص البيولوجيا، والعلم، وفق مذهب الجوهر. يصف أرنست ماير بشكل جيد هذه العملية:

> **لم يكن أي من الأيديولوجيات التي تحدتها نظريات داروين في مأمن أكثر من فلسفة الجوهر. لقد سيطر مذهب الجوهر على الفكر الغربي لأكثر من**

(1) يؤكد أرنست ماير (1991) هذه الفكرة.

ألفي سنة، بالرجوع إلى الفكر الهندسي لأتباع فيثاغورس الذين أشاروا إلى أن المثلث، بغض النظر عن مجموع زواياه، يتخذ دائمًا شكل مثلث. إنه مختلف بشكل متقطع عن رباعي الزوايا أو أي نوع آخر من المضلعات. يعد المثلث أحد الأشكال المحدودة الممكنة للمضلع. وبطريقة مشابهة، تعد كل الظواهر المتغيرة للطبيعة، وفقًا لهذا الفكر، انعكاسًا لعدد محدود للجواهر الثابتة غير المحدودة بشكل قطعي....

من الناحية الفعلية، كان الفلاسفة كلهم إلى حدود زمن داروين من أتباع مذهب الجوهر. سواء كانوا واقعيين أو مثاليين، ماديين أو موضوعيين، فإنهم نظروا إلى جنس الكائنات بعيون المتبع لمذهب الجوهر. واعتبروا الكائنات كـ «مخلوقات طبيعية»، تتميز بخصائصها الثابتة ومنفصلة بشكل كبير عن بعضها البعض بفجوات غير متصلة. كان تأثير مذهب الجوهر بالغًا جزئيًا لأن مبدأه متجذر في لغتنا، في استعمالنا لصيغة الفرد للدلالة على ظواهر جد متباينة في محيطنا، مثل جبل، منزل، ماء، حصان، أو الصدق.

وفي الحياة اليومية، نتقدم بشكل أساسي بما يمليه علينا جوهر كل شيء، ونكون واعين بالتنوع فقط عندما نقارن بين الأفراد، ومن يتحدث عن «البروس»، و«اليهود» و«المثقفين» إنما يعكس تفكيرًا بخصوص الجوهر. إن هذه اللغة تتجاهل حقيقة أن كل إنسان فريد في ذاته؛ ولا إنسان آخر شبيه به.

إنها عبقرية داروين التي رأت أن تميز كل فرد ليست مختصرة على الجنس البشري، ولكنها تشمل كذلك كل كائن من حيوان أو نبات يتكاثر جنسيًا. أضحى اكتشاف أهمية الفرد حجر الزاوية لنظرية الانتقاء الطبيعي لداروين. وأدت في الأخير إلى تعويض مذهب الجوهر بالتفكير في الأفراد، الشيء الذي يؤكد فرادة الفرد والدور الحاسم للفردية في التطور. لم يعد داروين يتساءل كما فعل أجاسيز ولايل والفلاسفة، حول «ما الذي يعد جيدًا لجنس الكائنات؟ وما الذي يعد جيدًا للفرد؟ وعن التباين الذي قد أصبح غير وثيق الصلة وعرضي بالنسبة لمؤيدي فلسفة الجوهر، وأصبح الآن أحد الظواهر المهمة للطبيعة الحية». (1991، 400 402)

قضى داروين على فلسفة الجوهر ليس فقط في البيولوجيا والدين، ولكن في الفلسفة أيضًا. فإذا رمت الفلسفة إلى حد ما إلى تفسير أي شيء حول الكائن البشري، فهي لا يمكن أن تكون فلسفة جوهر بعد الآن. ويعمل الإكلينيكون في الطب النفسي كمناصرين لفلسفة الجوهر، كأن لم يحدث أمر من هذا القبيل. هذا ونتناول مرض الفصام وأمراض أخرى كما لو كانت أوصافنا لها تكشف عن نوع طبيعي، بخصائص جوهرية معينة. إضافة إلى ذلك، فالبعض يتحدث عن مريض كـ«مصاب بالفصام» كما لو أن اللفظ يصف جوهره. أما آخرون فينكرون أي مشروعية لمثل هذا الكلام، معتقدين أن البشر لا يمكن أن يصابوا جوهريًا بمرض عقلي. إذن، فالكثير يعيش في الطب النفسي بفلسفة ميتة، تلك التي قضى عليها داروين منذ ما يزيد على قرن من الزمان. وحان الوقت لنستشعر أهمية الأمر.

إن مذهب الجوهر ميت في الفلسفة، ولا بد أن يكون كذلك في الطب النفسي. ولكن ما الذي يجب أن يحل مكانه؟ لم يكن لداروين تخطيط فلسفي يجيب عن هذا السؤال. ولكن فلاسفة وعلماء آخرون، أغلبهم وراء المحيط الأطلسي، اتخذوا هذا التحدي[1]. وكان جوابهم البراغماتية والتي سنناقشها في الأسفل، ولكن، أولاً، دعونا نؤكد كيف حذف مذهب الجوهر هو أمر وثيق الصلة بالطب النفسي المعاصر.

كما أشير إلى ذلك من طرف العالم النفسي بيتر زاشار (2000، 2001)، يظهر مذهب الجوهر في الطب والطب النفسي كاعتقاد بأن علوم تصنيف الأمراض يمكن «أنها تحفر في أسرار الطبيعة» (لنستعمل عبارة يعود أصلها إلى أفلاطون). ترتكز هذه الفكرة البالية على فكرة أن الأمراض هي «فصائل طبيعية» ماهيات توجد في الطبيعة كماهيات مستقلة بخصائص ثابتة. فللفصائل الطبيعية ماهيات، ومهمة العلم هي اكتشاف هذه الماهيات. ويعدُّ هذا رأي المنهج العلمي السائد وسط العديد من الأطباء النفسيين وغيرهم. يبين زاشار أننا بالبديهة عرضة لهذا الرأي: إذ «يتبنى الأطفال «الميل الجوهري» للعالم البيولوجي في الوقت الذي يبلغون فيه السن الرابعة من العمر. إن الأطفال في سن الرابعة هم على البديهة في المعنى الأرسطي،

(1) أشير هنا إلى تشارلز ساندرز بيرس ووليام جيمس وشونسي رايت، وأخيرًا جون دوي. ويشير لويس ماناند إلى تاريخ الفكر هذا في كتابه الأخير (2001).

يفترضون أن الكائنات الحية لها جوهر داخلي. وأن الجوهر يجعل الأجسام على ما هي عليه، تتصرف كما تفعل. يعد هذا الانحياز عصيًّا على الفهم، مما يعني أنه قد تُبني بسرعة وعُمم بسهولة لدرجة أن الدليل ضده له تأثير محدود على كيفية تفكير البشر» (2001، 191).

يؤكد دانيال دينيت أيضًا كم هو صعب أن نتخلى عن الاتجاهات القائمة على فلسفة الجوهر:

> ليس من شيء معقد بما يكفي ليكون مهمًا حقًا ويمكن أن يكون له جوهر. يدرك داروين هذا الموضوع المناهض لفلسفة الجوهر كمتمم أبستمولوجي أو ميتافيزيقي بامتياز لعلمه؛ وعلينا أن لا نتفاجأ من درجة صعوبة تقبله من قبل الناس. منذ أن علم سقراط أفلاطون (وكلنا من بعده) كيف نمثل لعبة البحث عن الشروط الضرورية والكافية، اعتبرنا مهمة «تعريف تعابيرك» كتمهيد لكل التحقيقات المهمة، وهذا يرمي بنا نحو نوبات غير متناهية للمتاجرة بالجوهر. نريد أن نضع حدودًا؛ نريد ذلك فقط كي يمكن لنا أن نحذف أو نتنبأ باكتشافات عقيمة وبأسلوب ملائم. يبين لنا داروين أن التطور لا يحتاج ما نحتاجه؛ حيث يمكن للعالم الحقيقي أن يتماشى بشكل سلس مع الانحرافات الحقيقية التي تظهر على مدى الزمن، تاركًا فراغًا كبيرًا بين مجموعات الواقع الراهن. (دينيت 1995، 201 202202)

أعتقد أن هذا الوصف للكائنات يمكن أن يطبق فقط بشكل جيد على التشخيصات الطب نفسية.

ما الذي فعله داروين؟ يتعارض داروين مع مذهب الجوهر، ويقر بأن طبيعة جنس الكائنات تعتمد على عديد من الخصائص المختلفة، والتي تختلف مع الوقت. يعد تأثير المحيط في اختيار الأفراد ذوي الخصائص المفيدة بصفة خاصة هو المسؤول عن إنتاج كوكبة من الخصائص التي نجدها في جنس الكائنات. ولكن هذه الكوكبة دائمًا ما تتغير.

قدم البيولوجيون في الفترة الأخيرة، مثل أرنست ماير (1991)، رأي العامة في مفهوم جنس الكائنات، كما أشير أعلاه، حيث عد جنس الكائنات مجموعة

سكان من الأفراد المتغيرين باستمرار. ورغم أن الجنس غير المتشابه بشكل كبير سيكون له اختلافات كبيرة في المجموعة، إلا أن هذا قد يثبت صعوبة تمييز جنس ما عن غيره الذي يشبهه بدرجة كبيرة، خاصة بما أن اختلافات صغرى قد تطرأ وتغير المجموعة تغييرًا بشكل منتظم.

يقترح زاشار أن التشخيصات الطب نفسية هي الأخرى ماهيات؛ تمثل مجموعات من الخصائص التي تتداخل مع مجموعات مشابهة، ولكن مختلفة عن بعض المجموعات الأخرى المغايرة. وبالتالي، هي لها قيمة من ناحية تمييز الحالات غير المشابهة، ولكنها ليست دقيقة وقابلة لتمييزها بشكل سهل عن كل الحالات الأخرى. إضافة إلى ذلك، يزعم الملاحظون أحيانًا أن غياب القابلية الواضحة للفصل بين التشخيصات الطب-نفسية يعكس عدم دقة النظام الطب-نفسي التشخيصي الراهن (الدليل التشخيصي والإحصائي). ومع ذلك، يبدو أن النظام التشخيصي يعكس ببساطة حقيقة الأمراض الطب-نفسية بينما تعكس نظرية التطور حقيقة الكائنات البيولوجية.

يكون لهؤلاء أحيانًا ميول لفلسفة الجوهر، فيتمسكون بها بإحكام بسبب سوء الفهم: إنهم يخشون أن حذف مفهوم الفصائل الطبيعية، سيدفعهم لتقبل «فصائل اصطناعية»، وبعدها سيتقبلون أن التشخيصات الطب-نفسية (أو حالات أخرى) ليست حقيقية. وبمعنى آخر، هما خياران فقط لفلسفة الجوهر أو الانضمام إلى معسكر الحداثة المغايرة والمناهض للطب النفسي (مثل فوكو، زاس والآخرون الذين يزعمون أن الأمراض العقلية هي مجرد أساطير [فوكو 1994؛ زاس 1974][1]، هذا وتتضمن العديد من المذاهب النقدية في زمن الحداثة المغايرة نقدًا مشروعًا لفلسفة الجوهر. ولكن داروين قدَّم قبلهم منذ عهد طويل نفس النقد في ما يخص البيولوجيا، دون انحياز على الأقل عن مفهوم أن جنس الحيوانات هي ماهية بحق. ويمكن أن نقر بأن الأمراض الطب-نفسية هي ماهيات حقيقية، وندرك في نفس

(1) تؤكد الانتقادات الخاصة بهؤلاء الأشخاص زيف المرض العقلي، تمامًا كشأن الرأسمالية التي انتقدها ماركس والتي لم تثبت قيمة الشيوعية، ويدرك هؤلاء النقاد عيوب المذهب الجوهري (الماهوي) والوضعي بتطبيقهما على الطب النفسي، ويستدعي ذلك زوايا طرح أكثر نجاعة للنظر في المنهج العلمي والطب النفسي، وهو الشيء الذي يعد جزءًا من الهدف الذي يرمي إليه هذا الكتاب.

الوقت أن خصائصها غير مفهومة من ناحية الماهيات، بل بالأحرى من ناحية البشر ذوي المميزات المتغيرة. وإلى حد ما، نقول إننا كبشر، بحذف مذهب الجوهر، يمكن فقط أن نعرف الأشياء من نصف منظور، أي: بمجموعة من الحقائق التي تتغير عبر الزمن، وتلك هي الفكرة التعددية. ولكن من ناحية ما، يوجد حقيقةً (علم الكائنات وحقيقتها)، فنحن غير ملزمين بالقول بأن تلك الأشياء لا وجود لها، مادام أننا لا نعرف جواهر الأشياء حتى. وإن كان المفهوم العام لجواهر الأشياء مضللًا، فلن ينقطع العالم ومكوناته عن الوجود.

(5)

بالتالي، وحسب رأيي، تغذي مساهمة داروين المهمة في الطب النفسي، وفي فلسفة العلم بصفة عامة، نقض فلسفة الجوهر. سبق وأشرت بأن هذا النقض أدى إلى حركة فلسفية في اتجاه نظرية لتعوض فلسفة الجوهر، وهي فلسفة نشأت وترعرعت في الولايات المتحدة وتسمى البراغماتية. وكنت قد ناقشت بعض الأفكار لتشارلز ساندرز بيرس ووليام جيمس، المؤسسين الأولين للبراغماتية. هنا سأشير فقط أن اتخاذ رأي براغماتي للحقيقة والعلم يقدم لنا منظورًا يمكن أن يكون مفيدًا في تقويم الطب النفسي ما بعد فلسفة الجوهر. عارضتُ بيرس وبوبر وتعريفهما للعلم حيث تشتق أشكالًا من الدوغمائية المعاصرة من فلسفة الجوهر ومن القبول الساذج لآراء بوبر. على مرِّ هذا الكتاب، سأرجع تباعًا إلى بيرس، وذلك بشكل جزئي لأنني سأسلم جدلًا بالإطاحة بمذهب الجوهر وسأكون عندئذ بحاجة إلى وجهات نظر بديلة.

لا يحتاج الشخص إلى أن يكون براغماتيًا لنقض فلسفة الجوهر، حيث من المؤكد لم يكن لداروين أي فلسفات بينة. ومع ذلك، تبدو بعض مفاهيم البراغماتية مفيدةً لي بما أنني أحاول أن أصور ما نقوم به في الطب النفسي. هذا وسأناقش في الفصلين (10 و13)، علم تصنيف الأمراض الطب-نفسية، ودور الأنواع المثالية التي توسعت في شرحها هناك حيث نجد بعض نقاط التشابه لأفكار البراغماتية تجاه الحقيقة.

وبالتالي، يمكن أن يعتبر الكثير مما سيلي متأثرًا بالبراغماتية، التي برهنت

مشروعيتها جزئيًا، في رأيي، باتخاذها مساهمة داروين في العلم بشكل جدي، وبالتالي إقصاء فلسفة الجوهر. ولكن بالرجوع إلى البراغماتية في هذا الكتاب، لا أشير ببساطة إلى النظرية البراغماتية للحقيقة، بأن ما هو صحيح هو ما يفيد. هذا تعريف من بين التعريفات، قدمه جيمس وانتقده كثيرون. تستدعي المقاربات البراغماتية للفلسفة المفهوم الذي يقول بأنه من الصعب أن نعرف الحقيقة، وبالتالي تعد معرفتنا بالحقيقة دائمًا مقاربة ترتكز على التجربة التجريبية الاستقرائية وإجماع الباحثين، كما قدمها بيرس. إضافة إلى ذلك، تستدعي البراغماتية التعددية؛ لأننا لا يمكن أن نعرف الحقيقة بسهولة عبر مسلك من مسالك المعرفة، بل يجب أن نكون منفتحين على الآخرين. يعد المنظور التعددي الشامل حول الطب النفسي متلائمًا جدًا مع الفلسفة البراغماتية، لأن البراغماتية لا تسمح بأي بيان للحقيقة من منظور واحد فقط. يمكن أن تستعمل البراغماتية لتأييد النماذج الانتقائية للطب النفسي، كما فعل أدولف ماير، ولكن في تلك الحالة، يعدل الانتقائيون عن قاعدة جيمس الأساسية للفلسفة: فتوقفوا عن الانشغال بـ«الجهد المضني غير المألوف للتفكير بوضوح» في مناهجهم. هذا هو الخطأ الانتقائي، الذي لا يزال يفرض وجوده حيثما نذهب. يمكن أن يتقبل أحدهم مناهج ووجهات نظر عديدة دون منحها كلها شرعية متساوية. وتجدر الإشارة، أن الانتقائيين الذين يرمون إلى ادعاء البراغماتية لم يفهموا مقال بيرس «إثبات التصديق» لأنهم ليسوا علميين بل يترنحون بين أمانيهم الأنانية وسلطة الآخرين ونظم العقل المتعددة التي شاءت الظروف أن تجذبهم إليها. وحسب فهم فلسفة البراغماتية، يعد المنهج العلمي أشد صرامة مما يسمح به الانتقائيون. وفي واقع الأمر، إنني أقيم الحجة على المنهج العلمي الذي يتطلب رفضًا صريحًا للانتقائية، فلو اتخذنا حجة جيمس وبيرس مأخذ الجد في الطب النفسي، علينا أن نرفض النموذج البيوسيكو اجتماعي. أقدم اقتراحًا بأن تكون التعددية المقاربة الأخرى الأكثر تأييدًا للطب النفسي (رغم أن الاندماجية تظل هي الأخرى خيارًا؛ انظر الفصلين 23 و24). ومن المحتمل أن يكون وليام جيمس أكثر من قدم كل من البراغماتية والتعددية في نفس الدرجة من الأهمية كطريقة تفكير في ذواتنا والعالم من حولنا. هذا وإنه بهذه المعاني، لا بمجرد الاعتماد على معيار الفائدة المرجوة من هذين المذهبين، فأنا أناصر البراغماتية.

(6)

إلى جانب فحص ما تمثله الحقيقة الطب-نفسية (فلسفة العقل، الأنطولوجيا) وكيف لنا أن نعرف طبيعتها (الأبستمولوجيا)، تُرِكَ لنا سؤال ماهية وكيفية تقييمها (علم الأخلاق). وما الذي تعنيه بالنسبة لنا كبشر؟ وهذا يذهب بنا إلى الجوانب الأخلاقية للطب النفسي.

الفصل الثامن

ما القيم التي نسعى إليها
أخلاقيات الطب النفسي

بكل ما لدي من وفاء للاتحاد وشعور إخلاص وواجب المواطن الأميركي، إلا أنني لم أملك القدرة لأفكر أن أرفع يدي في وجه أقربائي وأولادي وأهل بيتي... أعرف أنك ستلومينني؛ ولكن لا بد أنك تظنين فيَّ ظنًا طيبًا قدر ما تستطيعين، وتعتقدين أنني أجتهد للقيام بما أظن أنه صحيحٌ.

روبيرت إ.لي

(1)

في أوج التحليل النفسي، كانت النقاشات حول الطب النفسي نادرة جدًا. حيث أكد فرويد أنه كان منشغلًا بالعلم المتعلق بصناعة الطب، وأن الدواء كان لا قيمة له. وتمثلت القيمة الوحيدة، إن وجدت، بحسب رأي الأطباء، في هدف عام وهو الحفاظ على الحياة وتخليص البشر من المرض.

إضافة إلى ذلك، لم يكن المرضى الذين يعرضون على العلاج النفسي التحليلي في خطر يمكن أن ينتهي بهم إلى فقدان حياتهم طالما لم يفكروا في الانتحار. رمى المحللون النفسيون إلى تحسين الطريقة التي يعيش بها المرضى حياتهم سيكولوجيًا أكثر من المعنى الجسدي الذي يطبق على ميادين طبية أخرى. ومع ذلك، بما أنهم مروا بسنين في علم النفس، هل تدبر المحللون النفسيون ومرضاهم، ما السبب

الذي يجعل طرقًا معينة للحياة أفضل من الأخرى؟ كان معظم المرضى غير قابلين للتشخيص على مستوى الأمراض حيث تجنب المحللون النفسيون بصفة عامة المفهوم الكامل للقيام بالتشخيصات الطب نفسية. كما رأوا مصير البشر كعصاب، ورأوا أنفسهم باحثين لتحسين العصاب العام للبشرية. ولكن كيف؟ ولم فعلوا ذلك بطريقة خاصة؟

ماذا قال فرويد عن غاية علم النفس؟ لم يقل الكثير، في واقع الأمر، لأن من المحتمل أنه افترض أن الأمر واضح بأن مرضى العصاب قد عانوا وأنه قام بدور المبدد لمعاناتهم. ولكنه قال جملته الشهيرة التي عمَّرت طويلًا لتصبح شعارًا يردد وهو الذي حسب رأيي يمثل نواة لأخلاقيات علم التحليل النفسي: قال «إن هدف التحليل النفسي هو أن يتيح للشخص الانشغال في المهام الرئيسية للحياة: أن يعمل وأن يحب»[1] ما معنى هذا؟

إذا اعتبر العمل نشاطًا حياتيًا، لا بد أن نفترض بأن ما جال في مخيلة فرويد هو العمل الذي يحققه ويختاره الإنسان بمحض إرادته، وليس أي نوع من العمل. من المؤكد أنه لم يعن أن شغل العامل المتعب بالمصنع برواتب منخفضة ودون أي امتيازات لا بد أن يحسب كهدف للعلاج النفسي. بل يفترض أنه عني بالعمل ذلك الذي يستمتع به صاحبه. يرتكز الحب كذلك وبشكل واضح على المتعة، مع شريك ذي شهوة حسية، وفي ثقافتنا، مع عناصر معينة كالأسرة والأبناء.

يمكن أن يجادل ماركسي بأن العمل منفر في المجتمع الرأسمالي، ولا يمكن أن يكون على الإطلاق حافزًا للاستمتاع. ولكن من الممكن أن نجيز لفرويد نوعًا من الخطأ لتلك الفكرة، إذا افترضنا أن نوعًا من العمل غير المنفر والممتع منطقيًا ممكن للعديد من الناس في المجتمع الرأسمالي. يبدو كذلك أن فكرة الحب محفوفة بدلالات تعكس روح الطبقة البورجوازية: الزواج، الأسرة، الزواج الأحادي وبدا أن هذه الدلالات مضمنة في المفهوم الأرثوذوكسي الفرويدي للحب. رغم أن فرويد

(1) إن مصدر هذا المرجع المشهور غير واضح، وفي طرح السؤال على العديد من المفكرين التابعين لفكر فرويد، سمعت أن هذا المصدر قد يعود إلى سندير فرانكزي، الذي سبق وذكره فرويد في محادثة له، ويبدو أن فرويد لم يترك لنا تفسيرًا مكتوبًا بدقة بخصوص علاقة التحليل النفسي بالأخلاق.

برَّأ نفسه من توقع التأويل المفرط لما كان بعد المقولة الوجيزة، إلا أن أتباعه قد شحنوها بالتصورات المتعلقة بالطبقة الوسطى. وعلى مدى العقود الوسطى للقرن الماضي، افتُرض في الغالب أن النتيجة المؤثرة لعلم النفس التحليلي من شأنها أن تشمل النجاح المتفق عليه في عمل الشخص وخطوات في اتجاه علاقة حب عادية وأحادية، فالأفضل أن تكون في مؤسسة الزواج. ولا ريب أن بعض المحللين النفسيين كانوا تقدميين أكثر، كما كان فرويد قبلهم، ولكنني أشير للتيار العام للمهنة ككل. ونتيجة ذلك، كان هناك توجيه واضح وقوي لعمل المحلل النفسي: تصويب فكر المريض في اتجاه معين، نحو مفاهيم مألوفة للعمل والحب، التي تُخل بحكم القيم الأخلاقية من جهة المحلل.

لا أنوي أن أحاجج بأن العمل والحب قيمتان لا جدوى منهما، رغم أني أعتقد أنهما يتضمنان من خلال أشكالهما المتفق عليها العديد من المسلَّمات الثقافية والسياسية. إلا أنني أريد أن أشير إلى أن علم التحليل النفسي، كما طُبِّق في الولايات المتحدة على مدى القرن الماضي، قد غمر بمسلمات أخلاقية، في الوقت الذي يفترض ألا تكون كذلك. فافترض المحللون النفسيون، تبعًا لفرويد، أن عمل التحليل كان موضوعيًا وسيؤدي ببساطة إلى التعبير عن النفسية المكبوتة للمريض بشكل أكثر حرية.

إن يكن لعلم النفس التحليلي أجندة أخلاقية خفية، فهل للطب النفسي ككل أجندة هو الآخر؟ ما طبيعة النموذج الدوائي المعهود الذي ينتهجه الطب النفسي البيولوجي؟ هل له مجموعة مضمنة من القيم التي يفرضها على المرضى؟

(2)

يناقش أغلب الأطباء النفسيين، والأطباء، أن للطب العام افتراضات دنيا أو غير قيمية، تتعلق بإعلاء قيمة الصحة والحط من قيمة المعاناة. يمكن أن تنعكس هذه القيم في «إجلال قيمة الحياة» (كما أكد ألبيرت شواتزر [1969]) وبعض القيم المعينة، مثل «أولًا لا تؤذي أحدًا» وفي بعض الحالات تنبيهات ضد الإجهاض. ويناقش المفكرون المنشغلون في فلسفة الطب حول أكثر من ذلك. فالطب مثل

أي نشاط إنساني، يتضمن أحكامًا ثابتة، تقع بتماس مع خطوط العيب الأخلاقية التقليدية التي قدمها الفلاسفة لقرون. إنه لمن الكافي التأكيد على أن الطب النفسي البيولوجي هو الآخر يتقاسم هذه الأحكام الأخلاقية الثابتة.

وقد ناقش وليام فالفورد (طبيب نفسي وفيلسوف) هذا الموضوع بشكل جيد بما أنه مرتبط بالطب النفسي (1989). وسأقصر تعليقاتي على عمله، لأنه ربما يعد الجهد الأكثر اتساقًا في هذا الموضوع في الطب النفسي الحالي، رغم أن هناك أدبيات أكثر اتساعًا حول الموضوع في الطب بصفة عامة، وكتب آخرون حوله في الطب النفسي (سادلر 2002؛ سادلر، ويدجينز، وشوارتز 1994). وكذلك سأحد من هذا النقاش، لأنني سأعود إليه في فصل حول طبيعة المرض العقلي (الفصل 10).

المهم هنا هو سؤال هل هناك مكون أخلاقي وتقييمي للمقاربة العلاجية النمطية في الطب النفسي، كما يوجد في مناهج معالجة الاضطرابات مثل التحليل النفسي. يصرح فالفورد بأن هذا هو الحال.

يبدأ فالفورد بانتقادات توماس زاس بأن الأمراض العقلية ليست أمراضًا، وأن الأمراض العقلية تشتمل على مكون أخلاقي وتقييمي لا يوجد في الأمراض «الجسدية» وفي مسالك أخرى من الطب (زاس 1974). فعلى سبيل المثال، يبدو كسر الساق حقيقةً محضة، ليس لها أي جوانب أخلاقية، وهي عرضة للمقاربات العلمية (التي ليس لها أصل قيمي) للطب العام (التشخيص والعلاج). ولكن، إذا حكم على الشخص أنه يعيش في الوهم، وثُبِّتِ عليه تشخيص الفصام، وتمت معالجته بأدوية مضادة للهواس من طرف طبيب نفسي ذي توجه بيولوجي، هنا تطلق بعض الأحكام القيمية. حيث يحكم بأن الوهم خطأ نوعًا ما، وأن الشخص غير قادر على أداء وظيفته سيكولوجيًا في حالات معينة. وفقًا لهذا الرأي، تستدعي تلك الحالات بعضًا من الأحكام القيمية، وذلك حينما يعتقد فيها بأن الشخص عاجز سيكولوجيًا أو لديه اعتقادات خاطئة. يناقش زاس، في تقييم الأحكام القيمية المتعددة وفي مقارنتها بالمرض الجسدي، أي: أن الأمراض العقلية ليست بأمراض ولا يمكن أن تعامل كحالات طبية. بل هي أحكام قيمية أخلاقية بشكل مشابه كثيرًا للجريمة، وتنتمي إلى نطاق القرارات القانونية والاجتماعية والسياسية. ويؤكد

المعارضون لـ زاس، مثل الطبيب النفسي ر. أ. كاندل (1989)، أن نقاط تشابه الأمراض العقلية الرئيسية بأمراض جسدية أخرى، ستصبح أكثر وضوحًا إذا زادت معرفتنا حول الأساس الدماغي للمرض العقلي. يقيم كاندل وآخرون الحجة بأن الأمراض العقلية هي حقائق بسيطة، مثل الأمراض الجسدية، أكثر من كونها مشكلة أحكام قيمية.

لكن فالفورد سلم بحجة زاس ووسعها إلى الأمراض الجسدية كذلك. تأثر فالفورد بالنقاشات المعاصرة في الفلسفة واضعًا باعتباره مشكلتين رئيسيتين ترتكزان على هذا الخلاف: التمييز بين **الحقيقة والقيمة**، ومشكلة **ما يكون ويجب أن يكون**.

يشير التمييز بين الحقيقة والقيمة إلى افتراض أن الحقائق والقيم يمكن الفصل بينها. حيث نفترض أن هناك أشياء كالحقائق ليس لها علاقة بكيفية تقييمها، وهناك قيم ليست بالضرورة مرتبطة بحقائق في العالم الخارجي. وتاريخيًا، تقبلت فلسفة الأخلاق هذا التمييز بين الحقيقة والقيمة. فعلى سبيل المثال، سعى كانط وميل في مختلف الحالات إلى تقديم النظريات العقلية لعلم الأخلاق الذي لا يعتمد على الحقائق الواقعية للتاريخ البشري، وعلم النفس أو البيولوجيا[1]. كما سعى فلاسفة الأخلاق الكلاسيكيون إلى تقديم علم أخلاق «قياسي» مبني على العقل، ولم يتطلب الدليل التجريبي، ولم يكن قابلًا للدحض التجريبي. حيث إن الحقائق مختلفة عن القيم. وعندها بإمكان زاس أن يجادل بأن الأمراض الجسدية ترتكز على الحقائق بينما ترتكز الحالات العقلية على القيم. فكان أحدهم ينتمي إلى الطب والبيولوجيا، والآخر ينتمي إلى القانون والمجتمع. ولكن العديد من الفلاسفة المعاصرين قد زعموا بأن التمييز بين الحقيقة والقيمة لا صلاحية له. وتتمثل حجتهم الرئيسية في أن كل الحقائق لها مكون تقييمي، رغم ضآلته. وتعد هذه فكرة ابستمولوجية سبق وناقشناها بالرجوع إلى بيرس وياسبرز. تجدر الإشارة أن أي حقيقة يمكن أن تكتشف بواسطة منهج ما؛ مثلما تستدعي نظرية أو فرضية ما، لأجل الكشف عن أي حقيقة. وحينما يقع اختيار أي نظرية أو منهج أو فرضية

(1) هناك استثناء ملحوظ: في نظرية الفضيلة لأرسطو، التي تقدم لاحقًا في هذا الفصل.

لسبب معين من قبل الإنسان، سيضاف مستوى ما من الحكم التقييمي. وفي حال أن المرء ذو تفكير متطرف إزاء هذه النقطة، كما كان الحداثيون المغايرون، فيمكنه أن يدحض كل معرفة علمية يمكن الاعتماد عليها. وقد بين بيرس أن المرء لم يكن في حاجة لتبني هذا التطرف.

يتمثل الخلاف الثاني في مشكلة ما يكون وما يجب أن يكون. ويعود هذا الجدال إلى ديفيد هيوم، الذي جادل بأن ما يجب أن يكون غير منحدر مما يكون. بمعنى آخر، لا يمكن للمرء أن يؤسس مقولة قياسية أخلاقية بناء على حقيقة. على سبيل المثال، لا يمكن للمرء أن يجادل بأن الاتحاد السوفياتي كان نظامًا سياسيًا رائعًا عام 1975 مرتكزًا على حقيقة وجوده فقط. وأكد هيوم أنه وبالرغم من أن الحقائق يمكن أن تُضَمَّن، إلا أن كل مقولة أخلاقية لم ترتكز في مستوى معين على الحقائق، ولكنها ارتكزت فقط على أسس أخلاقية اتخذت لبعض الأسباب الأخرى.

بناء على ذلك، أضعف الفلاسفة المعاصرون فكرة أن الحقائق موجودة مستقلة عن القيم، وبتأثرهم بهيوم، يؤكد العديد من الفلاسفة الحاليين أن الآراء الأخلاقية مستقلة ولا يمكن أن تختزل إلى حقائق غير تقييمية.

يتقبل فالفورد بأن الحقائق هي تقييمية كذلك، وبالتالي يضعف نقد زاس للأمراض ككونها تقل أهمية مقارنة بالأمراض الجسدية. ولكن يبدو أن الأمراض الجسدية بعد ذلك قد تعرضت للخطر. هذا ويقيم فالفورد الحجة على أن أي مرض جسدي، حاله حال المرض العقلي، إذ يستدعي حكمًا قيميًا أوليًا، وهو اعتراف من شخص بأن قدرته للقيام بشيء ما قد ضعفت. ليس هذا ببساطة عجز وظيفي، كما يرى من الخارج؛ ويسميه فالفورد «فشل القيام بالفعل» كما يرى من الداخل ومن المنظور الذاتي للشخص. حتى وإن لم يعش شخص ما أي أعراض مبدئيًا، ويتعرف الطبيب فقط على بعض القيم المخبرية الشاذة التي تنبئ بمرض آت، فإن حكم الطبيب سيرتكز على الفشل العملي الذي سيعيشه المريض في المستقبل.

لا يعتقد فالفورد أن فتح مجال العناصر التقييمية في المرض العقلي والجسدي ينقض مفاهيم المرض. وسأتوسع في هذه القضية في الفصل 10. وهدفنا هنا أن النقطة الرئيسية تتمثل بأنه ليس فقط الطب النفسي ذو النزعة البيولوجية، ولكن في

كافة فروع الطب هنالك مكون أخلاقي ضروري التطبيق. ولا يمكن أن يستغني الطب النفسي عن مناقشة علم الأخلاق.

(3)

ما هي أهم أنواع الآراء الأخلاقية التي تتعلق بالطب النفسي؟ قدم الفلاسفة مقاربتين اثنتين رئيسيتين وهما: مذهب النفعية وفلسفة الواجب[1]. يعد المذهب النفعي، المعرف غالبًا من قبل الفيلسوف البريطاني جون ستيوارت ميل، فلسفة أخلاقية من اختيارنا في المجتمع الحديث. إنها المقاربة المألوفة التي تطورت مع تطور المؤسسات الديمقراطية. وحسب هذه النظرية، يكون الفعل صائبًا أو خاطئًا بالاعتماد على نتائجه. فإذا كانت مجمل نتائجه جيدة، يكون عندها الفعل جيد، والعكس صحيح. ففائدة الفعل تحدد القيمة الأخلاقية.

ركزت صيغة ميل لمذهب النفعية على تلك الأفعال التي خلَّفت الفرحة العظمى لعدد كبير من الأشخاص. بهذا المعنى، تكون نظرية ميل مشابهة لمذهب المتعة حيث إنها كذلك تركز على الكم، وتركز أكثر على الناتج العام للأفعال أكثر من نتائج الفرد الذي يقوم بالفعل. ومع ذلك، يرمي أغلبنا ممن يقوم بالفعل بأسلوب نفعي إلى اتخاذ مقاربة انفرادية. في كل مرة تواجه قرارًا وتسأل نفسك ما الذي تفعله مما شأنه أن يؤدي إلى فرحة عارمة بالنسبة لي؟ أنت تقوم بحكم أخلاقي نفعي.

انتقدت المقاربة النفعية وفق أسس متعددة. حيث تبدو المقاربة الانفرادية الخالصة جد أنانية. وفي غالب الأحيان فإن الأفعال التي تسرني تجعل الآخرين بؤساء. تعد هذه الفلسفة قاسية (أدرك ميل ذلك، فتحول للتركيز على سعادة معظم البشر). إن هناك من يدَّعي أن كل واحد يسعى خلف سعادته، فإذ كان الأمر كذلك ستكون النتيجة النهائية الكلية السعادة العظمى لأغلب البشر. يمثل هذا، بمعنى معين، نظيرًا أخلاقيًا لنظرية «اليد المخفية» في علم الاقتصاد لصاحبها آدم سميث. إضافة إلى ذلك، كما هو الحال مع سميث، تتبنى هذه المقاربة موقفًا متفائلًا إزاء

(1) يمثل النقاش الموالي خلاصة موجزة للفلسفة الحديثة للأخلاق، كما كتب مصدران مرجعيان جيدان من قبل نورمان (1983) وتوماس (1993)، ويمثل نص سينجر مرجعًا جيدًا (1993).

نتائج «الحرية للجميع» المتضمنة. كان تركيز ميل على الخير الكلي الأعظم عرضة للنقد، فقد بدا وكأنه سمح بكل أنواع أفعال الألم والظلم الفردية باسم الخير الأعظم. علاوة على ذلك، نحن ندين صراحة هؤلاء السياسيين وقادة الجيش الذي ضحوا بالجنود والمدنيين في سياق مقاربة «الغاية تبرر الوسيلة» للحياة. وفي حدَّي المقاربة، كان هذا دفاع هؤلاء الرجال من أمثال لينين وتروتسكي وستالين وهتلر.

تتمثل المشكلة الرئيسية الأخرى للمذهب النفعي الصارم بأنها تتطلب مستوى من اليقين حول نتائج أعمال المرء، والذي يعد غير عملي غالبًا. في غالب الأحيان، تكون النتائج الممكنة للفعل متعددة، ويمكن أن يتنبأ المرء بسهولة بما يمكن أن يحدث. ويعد هذا دافعًا للحيرة وسط الفلاسفة المعاصرين. نحن نستأنس على حد سواء بالتفكير في النتائج تسربت النفعية في عروقنا ونعجب ونزداد حيرةً حين يتعين علينا القيام بشيء ما (هل يجب أن أتزوج؟ هل يجب أن أنال هذا العمل؟ هل لي أن أتحرك؟)، مستحضرًا نتائج غير متوقعة وعامة. هذا ويعاني المذهب النفعي من حقيقة أننا لا نستطيع أن نعرف المستقبل، على الأقل ليس بالشكل الكافي لنؤسس كل قراراتنا الأخلاقية الرئيسية في الحياة على هذه المقاربة.

يتمثل النقد الأخير الذي يمكن أن يوجه لمذهب النفعية، بأنه يغض النظر عن الحوافز ويركز على الأفعال. ويبدو هذا جديرًا بالثناء في بعض دلالاته. بالرغم من أننا نفشل غالبًا في معرفة حوافز شخص ما، إلا أن بإمكاننا ملاحظة أفعاله تجريبيًا. لكن النتيجة لها عاقبة مخيبة، إذ يتعين علينا قبولها كأفعال أخلاقية حتى وإن تطورت خارج المقاصد غير الأخلاقية. فعلى سبيل المثال، جعل موسوليني القطارات تسير في وقتها؛ افترض وأنه قام بهذا لغرض أن يحكم قبضته على الرأي العام في إيطاليا كي يحصن الفاشية أكثر فأكثر. لو كنا جميعًا نعلم ما هي هذه الحقائق، لأمكن لنا أن نسلم بأن موسوليني كان رجلا أخلاقيًا، بغياب معلومات أخرى. وعكس ذلك، يمكن أن يكون للشخص نوايا جيدة وينتج نتائج سيئة، فبالتالي علينا أن ندين هذا الشخص. هب أن طبيبًا يشخِّص التهاب الزائدة الدودية القاتل. وأثناء العملية، يقوم المريض بردة فعل حساسة للمخدر، والتي لم يتوقعها أحد، وعندها توفي، إذن سوف ندين الطبيب أخلاقيًا. ويقينًا أن هذا يتعارض مع بديهياتنا الأخلاقية.

(4)

لهذه الأسباب، لم تكن النفعية صريحة ومُعِينة كما تبدو من النظرة الأولى. وبما أننا نعيش في مجتمع ديمقراطي حديث، نحن مهيؤون لتقبُّلها، لكنها كنظرية أخلاقية عامة تملك العديد من النقائص.

فلسفة الواجب هي المعارض الرئيسي لمذهب النفعية في نظرية الأخلاق. ترتبط فلسفة الواجب فلسفيًا بكانط، وهي تعد أقل شيوعًا اليوم مما كانت عليه بالنسبة إلى أجدادنا. وترجع فلسفة الواجب إلى نظام علم الأخلاق الذي ينبني على الواجبات. يعد الفعل جيدًا أو سيئًا إذا كان متوافقًا أو غير متوافق مع حس الواجب الذي يمتلكه الشخص.

ولنظام الواجبات مصدر خارجي: ذو أساس ديني من الناحية التقليدية، وقد يكون مرتكزًا على أيديولوجيا أخرى (القومية)، أو على تقاليد أخرى (الأرستقراطية). ويرجع مفهوم الواجبات التقليدية في الغالب ليتضمن الوفاء (الالتزام بالعهود)، والعدالة (معاملة الآخرين كما يعامل المرء نفسه)، والإحسان (مساعدة الآخرين)، والابتعاد عن الضغينة (عدم جرح الآخرين). وهناك واجبان منصوص عليهما في المبادئ الطبية لأبقراط. عندما يعالج الطبيب مريضًا، ليس من المفترض أن يقدر الطبيب ما إذا كان سينتج عن أعماله فرحة عارمة لأكبر عدد ممكن من الناس، أو حتى فرحة المريض نفسه. بل عليه أن يتبع نداء الواجب ببساطة ويساعد مريضه ولا يؤذيه. وتعد خطبة المسيح على الجبل مثالًا رائعًا لقائمة الواجبات، فقد نشعر بحس الواجب بقوة العادة أو تعاليم الأسرة كذلك.

وفي الكثير من الأحيان، تبدو مقاربة الواجب غير منطقية على الأسس النفعية. عندما منح الجنرال روبرت إ. لي قيادة جيوش الاتحاد عام 1861 عند اندلاع الحرب الأهلية الأميركية، كان من الممكن أن يقوده تقدير معقول لإمكانية نتاج ذلك الصراع، ليقوم بحكم نفعي بأنه يتحتم عليه قبول المنصب. ومع ذلك، رفض واتخذ منصبًا في الحكومة الكونفدرالية، التي انضمت إليها فرجينيا بلده الأصل، لأن لديه حس الواجب لبلده. لم يكن فرحًا بذلك، ولم يقدم أي تفسير وما دفعه إلا حس الواجب.

لقد تسبب هذا الفعل بشيء من اللبس للمؤرخين. فقد عارض لي العبودية بشكل علني، ومع ذلك، ناصر حكومة كانت تؤيدها. ومن الممكن أن الحكم النفعي كان يتمثل في اعتبار العبودية خطأ يخلِّف البؤس، وكان على «لي» أن ينضم إلى الصف الذي ينتفض ضدها. وفي ذلك العصر، يبدو من الطبيعي بالنسبة لـ «لي»، الذي تربَّى بالحس الأرستقراطي للواجب أن يختار ببساطة الواجب الأكثر أهمية، الواجب الذي يحس به، ويتبعه علاوة على كل الواجبات الأخرى. من الممكن أن تتصارع الواجبات، واحد تجاه موطنه وآخر لمساعدة العبيد، على سبيل المثال، ولكن قائمة الواجبات تتطلب إعطاء الأولوية للواجبات التي تعتبر أكثر أهمية. ومع ذلك، يعد من يقيم هذه الطبقية يمثل مشكلة في بعض الأحيان. هل لا بد أن يكون واجبه لتحرير العبيد أولى من واجبه تجاه موطنه؟ قد يكون الأمر كذلك اليوم، ولكن لم يكن كذلك عام 1861. وبالتالي، يمكن أن تكون الواجبات مقيدة ثقافيًا، ولذا انتقدت فلسفة الأخلاق لفشلها في تقديم مبادئ أخلاقية عالمية.

شعر كانط أنه قد وصف عددًا قليلًا من الواجبات التي لها قيمة عالمية، لأنها يمكن أن تستخلص من إعمال العقل وحده، أكثر من الدين أو العادة. وكان هذا أمره الفئوي: «قم بالفعل وفقًا لذلك المبدأ الأساسي حيث يمكنك، في نفس الوقت، يمكن أن يصبح قانونًا عالميًا» الذي يترجم إلى معاملة الآخرين كغايات في ذواتهم أكثر من كونهم وسائل. أكد كانط وجوب التمسك بهذه المقاربة القائمة على الواجب، بصرف النظر عن ميول الشخص. فقد يكون المرء غير راض بها، ولكن عليه أن يتبع واجباته. وفي النهاية، كل الواجبات مشتقة من الأمر القطعي، الذي كان قانونًا أخلاقيًا يطبق على كل فرد.

رغم أن مقاربة كانط منسجمة منطقيًا، إلا أنها بدت صارمة جدًا لكثير من الفلاسفة. فليست السعادة الإنسانية هدفًا بصفة نسبية في هذه المقاربة. ومع ذلك، جدير بالذكر أن لمقاربة الواجب بصفة عامة العديد من المزايا، كالحقيقة التي غالبًا ما تفقد في المجتمع الديمقراطي الحديث. ارتبطت النفعية بأوهام الديمقراطية ارتباطًا وثيقًا، رغم أنها، مثل الفاشية، تحوي بذور العقل الجائر في داخلها. وخلافًا لذلك، تدرس أخلاق الواجب لنا في دور العبادة، وبرامج التربية الدينية، وخلال

عملية التعلم، وذلك لنعمل على فضائلنا الشخصية. هذا وتحمل أخلاق الواجب بذور الانحياز الأيديولوجي، وفقًا لطبيعة الواجبات التي تعطى لها أولوية على الواجبات الأخرى.

(5)

بناء عليه، فالفرق بين الأخلاق النفعية وأخلاق الواجب في الفلسفة فرق مؤبد. هناك مقاربة ثالثة، أقدم من هاتين المقاربتين، والتي شهدت ولادة جديدة وهي: نظرية الفضيلة. ويرجع أصل نظرية الفضيلة إلى أرسطو، الذي قدم خطوطها العريضة قبل ميلاد المسيح بقرون. وهي تحتوي أساسًا على الاعتراف بمجموعة من الفضائل التي تمثل مكتسبات شخصية الإنسان أثناء تنشئته وتجارب حياته، وهذه الفضائل أمور من قبيل الشجاعة والصدق والاعتدال في الإنفاق، والجود والاجتهاد في العمل.

وبالتالي، لا يقدر جندي في ساحة الوغى مخاطر الاشتباك مع العدو في المعركة قبل أن يقرر القتال أو الفرار من المعركة: فهو يظهر الشجاعة في كل الحالات؛ وفي بعض الحالات، سيقع في الخطر وفي الحالات الأخرى لن يقع. وفي القتال الطويل، تكون النتائج فضلى إذا أثبت الشجاعة دائمًا، أكثر مما إذا قدَّر تلك النتائج في كل مرة قبل الفعل. إضافة إلى ذلك، تختلف نظرية الفضيلة عن فلسفة الواجب بما أنها لا تتوقف على مجرد الاعتماد على الواجب، حيث لا ترتبط بمجموعة تنبيهات سواء كانت دينية أو غير ذلك. وهي بالأحرى طريقة عيش حيث إنها جزء من شخصية الإنسان تكتسب بالتعلم، بل مكتسبة بالفطرة. إنها قيمة موجودة بصفة آلية بعدما تطبق، وليس هناك حاجة للعودة لقواعدها أو واجباتها الخارجية. فلنضرب مثلًا على ذلك، ركوب الدراجة التي تشبه فضيلة مكتسبة أكثر من كونها رجوعًا إلى كتاب قواعد القيادة التي تشبه تحذيرات فلسفة الأخلاق. فالمرء يتعلم كيف يمتطي الدراجة أولًا بتعلم قواعد معينة، وبالممارسة لن يحتاج المرء أن يراجع القواعد العديدة بعد ذلك، وأخيرًا يصبح امتطاء الدراجة عادةً. لقد رأى أرسطو الفضائل كعادات من هذا القبيل.

تعمق أرسطو في تعريف الكيفية التي يدرك المرء بها فضيلة من الفضائل. خذ مثلًا الجندي الشجاع مرة أخرى: ليس عليه أن ينغمس في حماقة مندفعة، ولا عليه أن يظهر الجبن. ففضيلة الشجاعة هي الوسيلة بين هاذين الحدَّين. كان **الوسط المعتدل** لأرسطو في الحقيقة تعريفًا للفضيلة.

أخطأ البعض فهم الوسط المعتدل ليدفع بالاعتدال في كل الأشياء. إنه ليس أمرًا بسيطًا في الواقع. لقد أكد أرسطو مرارًا وتكرارًا أن الفضائل هي ممارسات في «العقل العملي»، ويعني بذلك تلك التي تكتسب في الحيز التطبيقي، بالمثال، لا بالكلام. وبالتالي، لا يمكن للمرء أن يعرف أي فضيلة كانت بكلمات واضحة بالتلفظ على نحو يمكن من تطبيق التعريف على كل فضيلة. حيث يحتاج كل فرد أن يتعلم كيف يدرك معنى الفضيلة في وضعيات حقيقية عملية. فالوسط المعتدل يميل لمعرفة متى نطبق فضائل معينة، وتحت أي ظروف، وبأي طريقة.

وفي الأخلاق النيقوماخية **Nicomachean Ethics**، أقر أرسطو بأن الفضائل يمكن أن ترسخ في ذهن الأطفال والشباب، وتمارس أثناء فترة الكهولة، ومن شأنها أن تؤدي إلى حياة قائمة على الأخلاق. وأكد أن الفضائل تكتسب بالتعلم، ولا بد أن تطبق، لأنها غير فطرية أو تكتشف بالتأمل. كان المرء يكتسب الفضائل بالممارسة وبالمثال، لا بالنظرية أو بالكلمات. لقد حلَّت مظاهر أخلاق الواجب المسيحية محل نظرية أرسطو للأخلاق في الغرب، بالرغم من أن الفضائل كانت متجذرة في الفكر الكاثوليكي إلى حد ما في العصور الوسطى (مثل فعل الخير والعفة). كما سمح علم اللاهوت الليبيرالي البروتستانتي بولادة جديدة لنظرية الفضيلة في عصر التنوير؛ تمامًا مثل نزعة الموحدين الأميركيين، مثل بينجامين فرنكلين وتوماس جفرسون. وفي واقع الأمر، يمثل كتاب: «السيرة الذاتية» لفرنكلين مرجعًا كلاسيكيًا حيث يجسد فيه التفكير القائم على نظرية الفضيلة[1].

وفي القرن التاسع عشر، أعادت فلسفة الأخلاق الكانطية، التي عقبت المذهب

(1) تظل السيرة الذاتية لفرانكلين كنزًا ثمينًا لفلسفة الأخلاق والفكر العلاجي النفسي معًا، وإن تقرأ من هذا المنظور، أعتقد أن لها علاقة وطيدة بالطب النفسي، وتعد السلسلة الصادرة أخيرًا لروجر هي الأخرى مصدرًا رائعًا.

النفعي لميل، إحياء نظرية الفضيلة مجددًا على نطاق واسع. ومع ذلك، وبعد الحربين العالميتين في القرن العشرين، حصل انثلام في سمعة النفعية في بعض الأوساط، لأن الفاشية والشيوعية كلتيهما عرفتا تأييدًا من قبل الكثيرين على الأسس النفعية: فكانت الحرب والديكتاتورية وسائل تؤدي إلى مجتمع أفضل في المستقبل. وقد بدت كذلك فلسفة الواجب محدودة بسبب روابطها الدينية، بالإضافة إلى ارتباطها المبدئي مع أيديولوجيات الشمولية المشابهة. وعلى سبيل المثال، رمى أعضاء في أس أس الألمانية إلى إثبات ذواتهم على أسس صحيحة، وأنهم منقادون بحس الواجب تجاه منظمتهم.

وقد ظهرت نظرية الفضيلة من جديد كبديل يجلب الانتباه. وتقاسمت الاعتراض مع فلسفة الواجب حول التركيز النفعي على النتائج. هذا وتقاسمت مع النفعية أساسًا عقلانيًا خاليًا من المبادئ الدينية. ومن المحتمل أن الفيلسوف الأكثر ارتباطًا بنظرية الفضيلة الحديثة هو ألسدار ماكنتاير (1984)، الذي يربط بشكل صريح أفكارًا من أرسطو وماركس في تصوره للأخلاق[1].

(6)

أعتقد أن نظرية الفضيلة لها مميزات جذابة كدعامة أخلاقية للطب النفسي. وهي تتأسس على فضائل تُفهم كجزء من الشخصية الإنسانية، وتُكتسب أثناء التطور البشري، وتحت تأثير الأبوين والثقافة الأوسع. هذا هو بالضبط الإطار الذي فحصه الأطباء النفسيون وعلماء النفس لمدة طويلة. ومثلًا عرف فرويد الأنا الأعلى، أو الأنا المثالي، كهذه المنظومة الأخلاقية المنحدرة من العائلة والمجتمع. وبالتالي، تتداخل نظرية الفضيلة مع مبحث علم النفس التطوري بصفة عامة، وعلم النفس التحليلي بصفة خاصة.

(1) قد يستفيد الأطباء النفسيون من بعض الاستئناس بعمل ماكنتاير، وسمعت مرةً أنه قدم محاضرة بمدرسة هارفرد الدينية حيث سئل عن الجوانب المتعلقة بتربية الشخص التي ترسخ مبدأ الفضيلة، وأجاب بأن كل مهنة هي في غاية الأهمية إذا ما يقضي المرء أكثر ما توفر لديه من وقت في تلقي العلوم وتعمير الوقت بالعمل، وكان يشعر أن بعض المهن، مثل الطب، ترفع من اكتساب الفضائل، فيما تعرقل وظائف أخرى مثل القانون (على الأقل في الولايات المتحدة) بصفة عامة هذه العملية، وقد دهشت من الهامش الضئيل الذي يمنحه الأطباء عمومًا، والأطباء النفسيون خصوصًا لهذا التوجه الفكري.

أعتقد أن المعالجين النفسيين عليهم أن يساعدوا مرضاهم لفهم طبيعة النظام الأخلاقي الذي يتبعونه: إما مذهب النفعية، وإما فلسفة الأخلاق، وإما نظرية الفضيلة. وعلى أساس خلفياتهم الشخصية والدينية، فالمريض من شأنه أن يفضل مقاربة معينة. أعتقد أن تطبيقًا دقيقًا ومتسقًا وواعيًا لإحدى النظريات الأخلاقية، في إطار حدود العقل وبروح التسامح، سيؤدي إلى حياة أكثر سعادة. وفي اعتقادي أن الجزء الأكبر من عدم السعادة وعدم وضوح الرؤية وسط المرضى في العلاج النفسي يأتي من الاستعمال الملتبس وغير المنتظم لمناهج أخلاقية مختلفة. وبشكل عام، لنظرية الفضيلة حسب رأيي حدود أقل من المقاربات الأخرى، وتقدم طريقة معينة بشكل مميز لتصور لنا كيف نعيش حياتنا.

(7)

وأخيرًا، أعتقد أن هدف العلاج النفسي على وجه الخصوص، وكل أنواع المعالجة الطب-نفسية بشكل عام، لا بد أن تكون تحريرًا للفرد، لكننا نقع هنا في مفارقة جعل الفرد حرًا، إذ لا يمكن أن تجبر أحدًا ليصبح حرًا. وبالتالي، على الإكلينيكي أن ينزل دومًا عند رغبة المريض، والعكس، فلا يمكن لأي مريض أن يتحرر دون امتلاك القدرة على ذلك، بمعنى دون رغبة في الحرية، فثمة أناس لا يريدون أن يكونوا أحرارًا. بالنسبة للطب النفسي، يشكل هؤلاء الأفراد مشكلة كبيرة. فعلى سبيل المثال، يرفض العديد من الأشخاص الذين يعانون من الهوس الحاد أو المس أن يعترفوا بمرضهم، ولديهم استبصار ضعيف بالمرض، لذلك لا يقدرون بتاتًا على تحرير أنفسهم من أوامر أمراضهم، وتقريبًا من المستحيل مساعدتهم. ومع ذلك، يجب على الطبيب النفسي، إن كان ممكنًا، أن يقاوم ضد رغبة المريض المعلنة، وذلك بمساعدة القانون والمجتمع بصفة عامة، إن لزم الأمر.

ولكن لا بد أن يكون هذا هو الاستثناء وليس المبدأ، خاصة بوضعيات طب نفسية أقل خطورة. إذ يرغب معظم المرضى أن يكونوا أحرارًا من المشاكل النفسية، ويعد تحريرهم الغاية القصوى من العلاج. وقد التقط لستون هافنز هذا

الجانب من العلاج النفسي كما فعل كارل ياسبرز[1].

إن اعتراف المرضى بالطرق الأخلاقية التي تحررهم أكثر للتصرف بإرادتهم الحرة يعد هدفًا أخلاقيًا للعلاج النفسي. وأعني بالإرادة الحرة أنهم يختارون بشكل واع الأعمال التي توافق أمنياتهم، وقيمهم، ومآربهم في الحياة، وأنهم أحرار في اختيار غير ذلك إذا شاءوا. وطبعًا كل هذا، ككل شيء في حياة الإنسان، يجب أن يكون في إطار القانون والقوانين العامة للأخلاق (مثال، لن يختار المريض أن يرتكب جريمة قتل). فلا يجوز أن يكون القيد الأخير مبالغًا فيه، حيث تأتي جميع الحريات مع مقدار ما من المسؤولية.

(8)

بالرغم من أن نظرية الفضيلة لأرسطو تبدو لديها العديد من الإيجابيات كنظام أخلاقي للطب النفسي، قد تزعم الفلسفات الإغريقية (الرواقية، الأبيقورية) والسنن الشرقية البديلة (الهندوسية، الصوفية) أنها تقدم مقاربات أخرى يمكن أن تكون أفضل، وها أنا الآن أعود إليها.

(1) إن كتاب هافنز القبول للحياة هو العمل الذي يطرح بشكل أكبر هذه المسائل، ويتناول ياسبرز هذه القضايا في الأجزاء الخاصة، بالعلاج النفسي من كتابه: الباثولوجيا النفسية العامة ([1913] 1997، 790_822).

الفصل التاسع

الرغبة والذات
المقاربات الإغريقية والشرقية

فارغة حجة الفيلسوف تلك التي تقول بأن ما من معاناة إنسانية قد عولجت دوائيًا، ولو كانت فائدة العلاج الطبي معدومة ولا تطرد مرض الأجسام، فالأمر سيان في الفلسفة، إذا لم تطرد معاناة الروح.

أبيقور

إن المصابيح كثيرة، والضوء واحد.

الرومـي

(1)

في التكوين الطب-نفسي، وحينما يتدرب المرء في مجال العلاج النفسي، سرعان ما يدرك أن هناك عنصرًا أخلاقيًا للعلاج النفسي، حيث يكون المعالج ملتزمًا بمحاولة فهم ما يقيِّمه المريض، وما يفعله في حياته ولماذا؛ وكذلك ما يمكن أن يكون مختلفًا. وقد أنكر فرويد أن التحليل النفسي كان محملًا بالقيمة، أو أن سمة العلاج النفسي الذي يعمله تتطلب الأخلاق والأحكام القيمية. ومع هذا، يواجه المعالج الجديد ما بعد فرويد انطباعًا واضحًا بأن الأمر ليس كما ذهب إليه فرويد. فالسؤال إذن، فيم يتمثل الأساس الأخلاقي للعلاج النفسي؟

إلى جانب الأخلاق الأبقراطية التقليدية من جهة، وفلسفة الأخلاق النمطية

(مذهب النفعية ضد فلسفة الواجب) من جهة أخرى، هناك نظام أخلاق له تبعات لأخلاق العلاج النفسي: الأخلاق الإغريقية.

(2)

تعد مدارس الفلسفة الإغريقية غير مألوفة من المنظور الحديث. ففي الغالب أن فلسفة اليوم تتطلب منطقًا ومحاولات لبرهنة الحجج ونظم تفكير مجردة. ونادرًا ما يكون للفلسفة توجه علاجي. إنها حقيقة تاريخية مثيرة للاهتمام أن هناك زمان (الفترة الإغريقية) كانت فيه الفلسفة تعرف بشكل واسع بالأخلاق، ولها دور مهم في حياة البشر، الدور الذي كان شبيهًا بدور الطب. هذا ورأت المدارس الإغريقية الفلسفة كمجال شبيه بالطب، حيث يشفي الفلاسفة الروح كما يشفي الأطباء الجسد. كان الهدف الصريح للفلسفة بالنسبة لهذه المدارس الدفع بالنماء الإنساني، نظام السعادة.

يتمثل المشكل الأول الذي يعترض المرء عندما يرى صلة الفلسفة الوثيقة بالعلاج النفسي في قضية ما، في إذا ما إذا كانت الحجة العقلية ذات إفادة في العلاج النفسي. ومن الممكن أن تعارض المدرسة الفرويدية ذلك. وقد يقال إن المريض استكمل علاجه لأن الحجة العقلية لم تكن ذات فاعلية في التأثير في مشاعره أو سلوكه، وإلا فإن نصيحة الأصدقاء والعائلة كافية. إضافة إلى ذلك، تناقش النظرية التحليلية النفسية أن الأساس لجانب كبير من العلاج النفسي غير واع وفطري وشعوري، وبالتالي غير متأثر بالنقاش العقلاني. حتى وإن تقبل المرء هذه الفكرة التحليلية النفسية، آخذًا باعتباره التأثير المهم للعوامل الشعورية في العلاج النفسي، لكنه يظل مواجهًا لمشكلة عرفها فرويد بالمقاومة، والتي تتمثل في صعوبة فرض تغيير شعوري حقيقي في حياة الشخص.

صرح الفلاسفة الإغريق بهذه المسألة وجهًا لوجه. وقد عرض أرسطو من قبل طرحًا مشابهًا: أن قراءة النقاشات التي تخص الأخلاق لم تجعل المرء أكثر تخلقًا. وناقش الفلاسفة الإغريق أن العقل مؤثر في مشاعر الشخص، وأن المشاعر تتأثر بالأحكام المعرفية الصحيحة أو الخاطئة. وفي أيامنا هذه، قد يكون نقاشنا

مستندًا إلى النظرية المعرفية السلوكية وفاعلية العلاج النفسي المعرفي السلوكي الممكن برهنتها تجريبيًا في عديد من الحالات الطب نفسية. إضافة إلى ذلك، يرمي البحث في علم الأعصاب إلى تبديد الفرق التقليدي بين العقل والشعور. فعلى سبيل المثال، تمثل الفصوص الأمامية للمخ جزءًا من الغلاف العصبي (الذي يرتبط عمومًا بالقدرات المعرفية العقلية) ولكنها تملك العديد من الروابط التي تربطها بغلاف أعضاء الجسم (الذي يرتبط عمومًا بوظيفة الشعور). وبالتالي، من وجهة نظر تجريبية، سواء الطب النفسي الإكلينيكي أو علم الأعصاب، لا يوجد فرق قاطع بين العقل والشعور. وكذلك في أوساط بعض الفلاسفة، والرأي بأن العقل والشعور هما مملكتان منفصلتان قد فقد مصداقيته.

(3)

ونتيجة لذلك، فإن الافتراض الذي تبنَّاه الأطباء النفسيون، يقول بأن للعقل تأثيرًا طفيفًا على الحالات الشعورية، أقل وضوحًا مما يبدو عليه ابتداء. فإذا كان للعقل علاقة بالشعور، عندها قد يكون للفلسفة دور في العلاج النفسي. وهذا بالضبط ما افترضه الفلاسفة الإغريق.

كانت المدرستان الرئيسيتان في الفلسفة الإغريقية الأبيقورية والرواقية[1]. وسأركز على مدرسة أبيقور، لأن روابطها الرئيسية بالنظريات الطب-نفسية الحالية متعددة.

قاد أبيقور كان على ما يبدو رجلًا ذا شخصية كاريزمية مجموعة من الطلاب في مدرسة «الحديقة» للفلسفة. وقد حمل عددًا من الآراء ذات الصلة الوثيقة بالطب النفسي. على سبيل المثال، اعتقد أبيقور أن مقاربته للحياة، بالاعتماد على قواعده، لم تفرض تأثيرًا كافيًا على الروح دون القدرة على التذكر. ولأنه شعر أن مجرد سماع آرائه، غير كاف للتأثير البسيط على العقل، فقد لجأ لدفع تلامذته لتذكر أقواله المأثورة لكي تصبح جزءًا من نظام عقولهم. اقترحت الفيلسوفة مارثا نوسباوم

(1) يعود فضل هذا النقاش إلى عمل مارثا نوسباوم (1994) ويرتكز بشكل كبير على مصادرها وتحاليلها لمختلف المسائل.

(1994) أن أبيقور انكب على التأثير المكتسب لأفكاره اللاواعية على طريقة عيش الشخص، أي ما وراء التفسير العقلي الواعي البسيط.

وأكد أبيقور أن من واجب تلامذته اتباعه مثلًا وقائدًا، وشجع الارتباطات الشعورية القوية بنفسه، بطريقة اختلفت تمامًا عن طرق الفلاسفة السابقين. شجع أبيقور مثل هذا الارتباط الشعوري مجددًا كطريقة تأثير على تلامذته إلى ما وراء التفكير المجرد. وتقترح نوسباوم أن هذا المنهج له نقاط تشابه بما سماه فرويد في وقت لاحق **التحويل**، ويعني الارتباط الشعوري بين المعالج والمريض الذي يعد ضروريًا لتأثيرات عميقة للتفاسير العلاجية على نفسية المريض.

شجع أبيقور طلابه على مقاربة الفلسفة بتقديم كتابات سردية عن حياتهم. إذ لم ير الفلسفة كمشكلة تطرح في الكتب، ولكن كطريقة للنظر في كيفية عيش الإنسان، وبالتالي تتضح بشكل أفضل باختبار سرد حياة شخص. هذا يتشابه مع منظور حكاية الحياة لـ ماكهاي وسلافني الذي اعتبروه كخاصية جوهرية للعلاجات النفسية.

(4)

وبالتالي، يمكن أن يرى المرء جوانب من العلاج النفسي في أفكار أبيقور. ولكن ذلك تجاوز الحد بكثير. مثله مثل الرواقيين، قدم أبيقور منظورًا مختلفًا عن الحياة التي يمكن أن تكون لها إفادة للعلاج النفسي. وبصفة عامة، أقر بأن السر لتحقيق الرقي الإنساني يكمن في امتلاك أقل قدر من الارتباطات الشعورية. يفيد ذلك بأننا نكون أسعد برغبات أقل، وإذا أقررنا بهذا المفهوم حتمًا ستقل رغباتنا. قام بتطبيق مفهومه خصيصًا على ثلاث مشكلات رئيسية: الجنس والموت والغضب.

وخلافا للفرويدية الكلاسيكية، عارض أبيقور الزواج بصفة عامة. حيث اعتقد أن الرغبة الجنسية يمكن أن تشبع ببساطة خارج مؤسسة الزواج، وأن الزواج أنتج ارتباطات ومسؤوليات متعددة تفسد حلم الرقي البشري.

كانت عقيدته الجوهرية غياب الخوف من الموت. وكانت حكمته الجوهرية

«لا معنى للموت بالنسبة لنا»، مؤكدًا أننا نتوقف عن الوجود عندما نصبح أمواتًا، فلا يوجد شيء يخيفنا عندها. وبعدم الخوف من الموت، نتوقف عن الشوق إلى الخلود والارتباطات بالأشياء المتغيرة في العالم. وبشكل متناقض، يمكن أن نستمتع بالأشياء التي نملكها، عوضًا عن القلق تجاه فقدانها في المستقبل. وبهذا الرأي، يعارض أبيقور مباشرة المقاربة الوجودية، التي ترى الموت كحقيقة أساسية للحياة، الحقيقة التي يجب أن نكون واعين بها من بين الحقائق، وأساس لاتخاذ القرار الأصيل في شأن ما يشكل مشكلة حقيقةً في الحياة.

أقرَّ الأبيقوريون بأن الغضب والعدوانية والحرب تتولد من العديد من الارتباطات. فإذا كان لدينا رغبات أقل، لأظهرنا غضبًا أقل، ونتيجة لذلك سنصارع الحياة بتوتر أقل. وعندها نحل مشاكلنا كما كتب الفيلسوف الأبيقوري لكراتوس «بالكلمة لا بالسلاح». وهنا عارض الأبيقوريين فرويد، الذي اعتبر العدوانية فطرية ولا خلاص منها في الجنس البشري. وفي رده على رسائل من ألبرت أينشتاين بخصوص إيجاد إمكانيات لحل النزاعات بالطرق السلمية، كان فرويد في غاية التشاؤم وأقر بأن البشر عرضة للحرب بصورة قدرية. (أينشتاين وفرويد [1933] 1978).

(5)

تضمنت مدرسة أبيقور أفكارًا أصبحت في وقت لاحق مألوفة في الطب النفسي، واتخذت مقاربة عامة للحياة غريبة الأطوار بطرق مختلفة مع آراء مدارس الطب النفسي، مثل علم النفس التحليلي ومذهب الوجودية. وبإمكان الأطباء النفسيين اليوم أن يدرسوا بشكل يعود بالفائدة بعضًا من هذه الأفكار الأبيقورية كتقوية مقارنة للقواعد الأولية لمدارس العلاج النفسي الموجودة في الوقت الراهن.

وعمومًا، تعد فكرة امتلاك ارتباطات شعورية أقل، والتي تبناها الأبيقوريون والرواقيون كمصدر للصحة العقلية، رأيًا لا يناقش بكثرة في العلاج النفسي المعاصر. وربما ذلك منطقي، نظرًا لأن الاعتزال الاجتماعي مرتبط بأشكال عديدة

من الباثولوجيا النفسية. ربما هناك معانٍ مختلفة للارتباط التي يمكن للمرء أن يحدد القيمة وفقها: فالمعنى الأول يثير إشكالًا مع الارتباطات المفرطة، ويخلق المعنى الآخر صعوبات حين تكون الارتباطات قليلة جدًا. أعتقد أيضًا أن هناك تباينًا في المقاربات الشرقية والغربية من حيث أهمية أنواع الارتباطات لأنفسهم.

(6)

هل تقدم طرق التفكير الشرقية كذلك منظورًا بديلًا للطب النفسي؟

هذا الموضوع ممتد في ذاته، ورغم أن علي مناقشته، إلا أنني لن أدَّعي الوفاء بحقه كاملًا. يمكنني أن أنوه بجوانب من الطرق الشرقية للتفكير، والتي اعتبرت ذات صلة وثيقة بالطب النفسي، يمكن أن أقدِّم مجموعة كالآتي ذكرها: شك العقل والعلم؛ إبداء الاحترام للدين، حس الروحانية، غياب المفهوم العقيم لذات الفرد، التركيز على حاجيات المجتمع الأوسع، الارتباط القوي بالعائلة الموسعة، النظام الأبوي، الاعتقاد بالحدس كمصدر للمعرفة، الاهتمام بالعوالم الأخرى قبل وبعد الحياة على الأرض، عدم الاهتمام بالرغبات مثل الرغبة الجنسية والثراء المادي، التأمل، واليوغا.

سيمتلك القارئ، من هذه القائمة، حس تنوع زوايا النظر المقترنة غالبًا بالثقافات الشرقية. سأركز على جوانب معينة من الفلسفة الإسلامية كمثال لأنواع أفكار الثقافات الشرقية التي ربما تكون وثيقة الصلة بالطب النفسي.

(7)

سأركز على الصوفية والمذهب التنويري للشيعة كمظهرين للفلسفة الشرقية، التي قد تكون ذات صلة لفهم العقل والمرض العقلي والطب النفسي بشكل أفضل. لن أناقش الجوانب الأخرى المتعددة من الفلسفة الإسلامية: مدارس السنة المتنوعة، الفلسفات المرتبطة باللاهوت، أو نظم الاعتقاد الأصولي. لقد قمت بهذه الاختيارات عن قصد، ومن جهة، هذه الاختيارات مقتبسة من تجربتي واتصالي المباشر من خلال العائلة والخلفية الثقافية. ومن جهة أخرى، سأحاول أن أبرز قيمة

زوايا النظر التي تعد مفيدةً لمساعدتنا في فحص ونقد المقاربات الحالية في الطب النفسي، التي سبق طرحها في الفصل الأول (الدوغمائية، الانتقائية، التعددية، والاندماجية). وكذلك تتعارض زوايا النظر هذه مع الافتراضات التي طرحت غالبًا في الغرب منذ زمن قريب جدًا، بأن الإسلام بطبيعته أصولي ودوغمائي. كما سأناقش هنا، أن من الممكن أن تكون وجهات النظر الإسلامية ذات نزعة تعددية وعقلية ووجودية بطرق غير مخالفة للعديد من زوايا النظر الغربية. في حقيقة الأمر، يمكن أن تعتبر بعض زوايا النظر الإسلامية مكملة للعديد من الآراء الغربية وليست في صراع معها على الإطلاق.

فلنبدأ بالصوفية، التي من الممكن أن تكون وجهة النظر الشرقية المألوفة أكثر لدى القراء الغربيين، لأنها جد شبيهة ببعض الآراء البوذية والهندوسية التي دخلت الثقافة الغربية في السنوات الأخيرة. وفي الواقع، تعتبر الصوفية نفسها خليطًا من التأثيرات الهندية (البوذية والهندوسية) والإغريقية (الأفلاطونية الجديدة) والإسلامية. والذي من المهم ذكره، أن المرء لا يحتاج أن يكون مسلمًا لكي يكون صوفيًا. بل يمكن للمرء أن ينتمي إلى أي دين رسمي، حيث تعتبر الصوفية المعنى الكامن لكل الأديان، وفقًا للتابعين لها. ومع ذلك، صحيح أن الطوائف الصوفية تطورت في العالم الإسلامي. وتُرجع أغلب الأوساط الصوفية أصولها التاريخية إلى الجانب الفكري والعملي لمؤسس الإسلام الشيعي الإمام علي. وعلي هو صهر وابن عم الرسول محمد. والذي كان معروفًا بالعديد من المهارات: كمحارب، ودارس للقرآن، وقائد سياسي (الخليفة الرابع). ولكن الصوفية يعتبرونه قائدًا روحيًا، كأول من قدم الأفكار الإسلامية بطريقة صوفية روحية. فقد كان شخصًا فريدًا في صفاته لا يقارعه أحد، وقائدًا حربيًا وسياسيًا، قدم خطبًا حول رغبات الإنسان. (وربما كان الرواقي الإمبراطور الروماني ماركوس أوريليوس كأكثر شخصية تشابهه من رجال الغرب).

كان الإمام علي بليغ الكلام، ذا قدرة خلابة على نظم الشعر، جمعت خطبه وأقواله الشهيرة في كتاب معياري للإسلام الشيعي بعنوان **نهج البلاغة** (علي 1984). في ذاك النص، يجد المرء العديد من الأقوال الشهيرة التي تنبأت بزوايا

النظر الصوفية. وفي وصية لابنه الأكبر الحسن بعدما خسر في إحدى معاركه الأخيرة، كتب علي:

> **أعلم علم اليقين أنه لا يتسنى لك تحقيق رغبتك، ولا يمكنك أيضًا تجاوز ما قدر لك في حياتك. فأنت محط أنظار الناس الذين هم أمامك. وبالتالي، كن مقتصدًا في الطلب ومعتدلًا في الإنفاق لأن الطلب غالبًا ما يؤدي إلى الحرمان. وكل من يبحث عن الرزق لا يناله، ولا يكون أحد معتدل في طلبه محرومًا. فلتبتعد عن الأشياء الوضيعة حتى وإن كانت ستأخذك لغاياتك المنشودة، لأنك لن تنال فضل العودة إلى احترام ذاتك. لا تكن عبدًا للآخرين لأن الله خلقك حرًا. لا يوجد خير في خير ينال بالشر، ولا خير في رخاء تحقق بالمشقة... اعلم، يا بني، أن الرزق نوعان رزق تسعى إليه ورزق يسعى إليك، هذا الأخير إذا لم تبحث عنه فإنه سيأتي إليك. كم هو سيئ شعور الذل وقت الحاجة وشعور القسوة وقت الرخاء. عليك أن تأخذ من هذا العالم فقط ما تزين به دار المقر. إن بكيت على ما فقدت يداك، فابكِ أيضًا على ما لم يأت إليك البتة[1].**

يعد عدم الاهتمام بالشهوات والارتباطات الحسية، الخاصية الأساسية للصوفية. ورأينا أنها كانت الخاصية الرئيسية للفلسفة الأبيقورية، ومن المعروف جدًا أن الفلاسفة الرواقيين اتخذوا رأيًا مشابهًا. سنعود إلى موضوع الارتباطات والرغبات. لكن أولًا أود أن أعود إلى خاصية أخرى للفكر الصوفي، وهي النزعة التعددية. يضرب لهذا الجانب، الذي يعد مواصلة لنقاش التعددية في الطب النفسي على طول هذا الكتاب، مثل آخر ألا وهو حكاية الفيل. كما قدمها أولًا الشاعر الفارسي الصوفي جلال الدين الرومي (جلال الدين محمد بلخي، المعروف كذلك بـ مولانا الرومي)، أصبحت حكاية الفيل حكاية مألوفة نوعًا ما، حتى في الغرب.

---

(1) نهج البلاغة، ص 502_504.

(8)

الحكاية الرمزية: الفيل في الظلمة:

عند بعض الهندوسيين فيل أرادوا أن يصفوه

لم ير هنا أحد فيلًا من قبلُ قط

فجلبوه في المساء لغرفة ظلماء

واحد تلو الآخر نمشي في الظلام ونخرج

ونقول كيف شاهدتم الفيل

كان لواحد منا أن يمس الخرطوم

«إنه خلق شبيه بأنبوب الماء»

ويمس آخر الأذن «قوية جدًا دائمًا تتحرك

جيئة وذهابًا، إنه حيوان لديه مروحة».

ويمس آخر الساق «وجدتها ثابتة،

مثل عمود في معبد».

ويمس آخر الظهر المحدب.

«عرش من الجلد».

وآخر، الأذكى، يمس الناب.

«سيف أملس مصنوع من الخزف».

إنه فخور بوصفه.

يمس كل واحد منا مكانًا واحدًا

ويفهم كل شيء بتلك الطريقة.

تتحسس راحة اليد والأنامل في الظلام

كيف تكتشف الحواس حقيقة الفيل.

إذا أمسك كل واحد منا شمعة هناك،

ولو دخلنا مع بعضنا البعض

لرأيناه. (الرومي 1995، 252)[1]

(9)

أعتقد أنه من الدقة أن نصرح بأن كارل ياسبرز أقام حجة للطب النفسي هي نفسها التي أقامها الرومي للصوفية. هذا ويمكن أن تعتبر الحكاية الرمزية لكيتي، التي بدأت بها هذا الكتاب، كصياغة حديثة لحكاية الرومي الرمزية الصوفية. تعد نقاط التشابه بين حكاية الرومي والعديد من النقاشات في الفصول السابقة مدهشة للغاية. وتمثل الحكاية أوجها متعددة بشكل صريح. هناك مناهج متعددة، كل بحدوده ونقاط ضعفه. إن الفلاسفة غير بسطاء في تفكيرهم، لذا أصبحوا دوغمائيين بكافة مناهجهم. لو ذهبوا جميعهم معًا بالطريقة الفضلى (شمعة)، لتمكنوا من رؤية الفيل. وهذا يذكرنا بمقاربة بيرس للحقيقة. فالحقيقة المطلقة تكمن وراء المملكة الطبيعية وتنتمي إلى عالم المقدس، إن وجد.

وفي قصيدة أخرى في موضوع الرغبة، يؤكد الرومي درجة صعوبة هذه العملية:

(1) إن هذه التهيئة (لهذا العمل) مأخوذ من عمل رائع لصاحبه الشاعر الأميركي كولمان باركس، حيث إن الحكاية المثلية الأصلية لم تترجم بشكل سلس إلى الإنكليزية، إذ هيأها باركس نوعًا ما، فهي بالتالي أكثر فاعلية باللغة الإنكليزية محافظة على كل التفاصيل المهمة والمعنى الأصلي للنص، وتجدر الإشارة على أن هذه الحكاية لا يرجع أصلها مع الرومي، ولكن سبق وإن وقع الحديث عنها من قبل الشعراء الأول من أمثال سناني والغزالي، مع اختلاف بسيط بينهما، حيث يعتبر الرجال الحكماء عميًا عوضًا عن كونهم في غرفة مظلمة. وانتهى الغزالي الفيلسوف الإسلامي المنتمي إلى العصور الوسطى لاستنتاجات متعددة الأوجه من الحكاية: «روى كل شخص من هؤلاء الرجال الحقيقة كل بطريقته، وما إن أحاط علمًا بالفيل، وصف خصائصه، ومع ذلك فشل الجميع في فهم الشكل الحقيقي للفيل، وتمعن في الحكاية الرمزية جيدًا، لأنها تعكس طبيعة ما نعيش من متناقضات» (نيكلسون 1989، 34)، وبالإضافة إلى ذلك، تتمثل المتناقضات التي يشير إليها الغزالي في الصراعات الدينية والفلسفية بين الفلاسفة العقلانيين/ التجريبيين في العالم الإسلامي، كما عرض في نص هذا الفصل، والمفكرين الصوفيين ذوي النزعة الروحانية بالإضافة إلى الزعماء الدينيين الأوائل، ولسوء الحظ لم يتبع الغزالي تفسيره المتعدد لهذه الحكاية بتعارض منفتح وبناء، ولكنه انضم بالأحرى إلى مواجهة المدرسة العقلانية/ التجريبية والنيل منها.

أرني وجهك

حديقة الورود هذا ما أريده

افتح شفتيك

رحيق السكر هذا ما أريده

آه يا شمس الجمال،

تعال انزل من الغيوم

وجهك البراق هذا ما أريده

«اتركني، اذهب!» قلتِ في غضب

فقط «اتركني، اذهب!» هذا ما أريده

هذا الفضاء من الكلأ والماء سيلٌ جارف

أنا سمكة، حوت، البحر هذا ما أريده

مثل يعقوب، أبكي وأنوح

لرؤية يوسف الصغير هذا ما أريده

من دونك، أضحت المدينة سجنًا

فالمهجر في الجبل والصحراء هذا ما أريده

بالأمس، أخذ الشيخ قنديلًا وجال حول المدينة

قائلًا: «مللت الوحش والشيطان، فالإنسان هذا ما أريده»

قالوا: «لن يوجد». «لقد بحثنا عنه».

«هو ذاك الذي لن يوجد»، أجاب

«هذا ما أريده». (جزء 31، ديوان شمس التبريزي)[1]

(1) عدلت هذا الجزء وترجمته من لغته الفارسية الأصلية.

(10)

نوقشت علاقة الصوفية الوثيقة بالطب النفسي بشكل مكثف من قبل الطبيب النفسي محمد شفيع (1998)، حيث يؤكد إطلاق الرغبات وتناقص درجة الارتباطات كأساس المقاربة الصوفية. يقدم الرومي وشعراء آخرون مثل حافظ وساعدي، حكايات رمزية متعددة لضرب مثال على هذه المقاربة، بالإضافة إلى الحكاية التي اقتبستها أعلاه. يقدم شفيع بعض التفصيل بخصوص ما يسميه الصوفيون بالمسار، الطريق الذي يوصل المرء إلى الطور الأخير من الفناء، أو الفقدان الأخير للارتباطات، وهو ما يسميه شفيع «الحرية من الذات». تتكون الأطوار الستة قبل الفناء من: **الورع، والزهد، والتنازل عن الحق، والفقر، والصبر، والتوكل**. ويمثل الرضا الطور الأخير وهو طور الفناء، أو الحرية من الذات. ويمكن اعتبار أن المنهج الصوفي لا يتضمن ببساطة فلسفة الحث على الرضا، بل بالأحرى ممارسة العادات والشخصية التي تؤدي بالتجربة على مر الأطوار الروحية إلى الهدف النهائي للرضا. بهذا المعنى، يشبه المسار الصوفي مقاربة نظرية الفضيلة لأرسطو، والتي لها نقاط تشابه مع المقاربة الأبيقورية للفلسفة.

يؤكد شفيع في كتابه نقاط التشابه والاختلاف بين النظرية التحليلية النفسية والصوفية، ولكنه يعطي أهمية أقل لنقاط التشابه بين الصوفية والوجودية. أعتقد أن الروابط بين الوجودية الغربية والصوفية (إضافة إلى المذهب التنويري الذي سيناقش أدناه) هي الأقوى والأكثر أهمية. إنه لمن الأهمية أن نذكر، أن هناك أشكالًا مختلفة في كلتا المقاربتين. ينوي شفيع أن ينظر إلى الصوفية من زاوية التوحيد (مثل الغزالي)، وينظر إلى الوجودية من المصادر الأكثر إلحادًا (مثل سارتر). ومع ذلك، هناك مفكرون ذوو توجهات صوفية وهم أساسًا غير موحدين (مثل عمر الخيام)، وطبعًا الوجوديون الموحدون (مثل ياسبرز). إن ما تتقاسمه المقاربتان (الصوفية والوجودية) هو الاعتراف بالحاجة إلى النظر في حياة الإنسان من منظور وجود الفرد، وعدم الثقة في الاعتماد المكثف على العقل، وعدم الاهتمام بالنظريات العقلانية المتعلقة بعلم الإلهيات، والإدراك القوي لحدود الوجود الإنساني وحقيقة الموت، والتركيز على الحاضر أكثر منه على المستقبل والماضي.

يرمي كذلك الصوفيون الموحدون إلى تأكيد الحقيقة الإلهية المطلقة، فيما يؤكد الصوفيون من غير الموحدين الطبيعة الدورية للوجود والحقيقة المطلقة للطبيعة. تختلف الطوائف الصوفية عن الوجودية في التوصية بالاشتراك في حلقة من الأتباع الصوفيين، والانغماس في مسار محدد باتجاه التنوير، بينما يرمي الوجوديون إلى النظر إلى المسار باتجاه الأصالة كشيء يحتاج أن يتناول بشكل فردي من طرف كل شخص. كذلك يرمي الصوفيون إلى تأكيد هدف الرضا الأسمى، من خلال التجرد من الارتباطات الشعورية، غير أن العديد من الوجوديين يؤكدون الحاجة إلى أن يصبحوا مركز الاهتمام والرضا بالارتباطات الموجودة. هذا ويرى العديد من الصوفيين الذات كشيء يمكن تجاوزه، بينما يرى العديد من الوجوديين الذات كشيء يمكن إثباته على نحو أصيل.

هناك ما يكفي من نقاط التشابه والاختلاف هنا لنقدم حوارًا خلّاقًا بين هذه المقاربات المختلفة للفلسفة، بالإضافة إلى المقاربات المختلفة لفهم السلوك البشري، الشيء الذي له صلة وثيقة بالطب النفسي. ويعتمد الاهتمام الواسع حول ما إذا كان الصوفي أو الوجودي يُقارب فلسفته الخاصة من زاوية نظر توحيدية أو غير توحيدية. ويبدو لي أن قرار الإيمان بألوهية الله يأتي من خارج نطاق هذه الفلسفات، حيث يأتي الاعتقاد الديني كما ناقش وليام جيمس من التركيبة الخاصة للفرد. ولكن يعد نوع الصوفية أو الوجودية التي يواجهها المرء نوعًا متأثرًا باحتمالية أن المرء يتناول تلك الآراء من افتراضات أساسها التوحيد أم لا. بالنسبة إلى الطب النفسي، كميدان عملي، قد يبدو لي أن المقاربة غير التوحيدية للصوفية يمكن أن يكون لها إفادة ما، ويمكن أن ترتبط بالمقاربة غير التوحيدية للمناهج الوجودية. وباتخاذ هذه المقاربة، لا يركز المرء على الآراء الصوفية المرتبطة بالحقيقة الإلهية، أو أطوار المسار، أو طوائف معينة ومناهجها. يمكن بالأحرى أن يركز على الآراء الصوفية المتعلقة بالعواقب السيئة للرغبات والارتباطات على الوجود الإنساني، وحدود الحياة وضرورة التعددية والحاجة بأن يكون المرء محور الوجود.

(11)

بالإضافة إلى الصوفية، يمكن لاثنين آخرين من التيارات في الفلسفة الإسلامية أن يكونا ذا صلة وثيقة بالثقافة الغربية، وخاصة الطب النفسي. فالتيار الأول ليس منسوبًا بشكل خاص إلى الشرق، ولكنه جدير بالذكر لأن بعض الغربيين يفترض عدم وجوده في الشرق، وهو المقاربة العقلية التجريبية للمعرفة. أما التيار الثاني، شرقي بطبيعته أكثر من الأول، والذي سأناقشه بشكل كامل هنا، وهو المقاربة الحدسية (أو التنويرية) للمعرفة. فيعد تاريخ الفلسفة الإسلامية بالأساس صراع أخذ ورد بين هاتين المقاربتين، مع خسارة في النهاية للمقاربة العقلية التجريبية - ليس في مسرح صراع الأفكار، ولكن بالأحرى بسبب القمع السياسي.

ولدت الفلسفة الإسلامية في البلدان العربية بعد انتشار الإسلام كدين وقوة سياسية في المناطق التي هيمنت عليها الثقافة الإغريقية. حيث اكتشف المسلمون الأعمال الفلسفية للإغريق خاصة أرسطو، عندما تركت هذه الأعمال وهجرت لقرون بعد فترات التقهقر التي عرفها الحكم الروماني. أصبح أرسطو معلم الفلسفة الأكثر شهرةً في ذلك العصر، فنمت عقول المفكرين المسلمين بالتأمل في أعماله. وقد بدأ معظم الفلاسفة المسلمين من الجيل الأول، في إنشاء ما أصبح يعرف بمدرسة المعرفة (الحكمة). وهؤلاء هم الفارابي وابن سينا والكندي وآخرون. حيث قدموا بصفة عامة منظورًا عقليًا للفلسفة والتي لها الكثير من نقاط التشابه مع العقليين الغربيين مثل ديكارت، كانط، وليبنز، وتجدر الإشارة، أن هؤلاء امتلكوا خطًا تجريبيًا توارثه تلاميذهم في القرن التاسع الميلادي، والذين كانوا تجريبيين بشكل أوضح، أطلق عليهم اسم المعتزلة وهم أصحاب الأفكار التي لم تكن غريبة عن التجريبيين اللاحقين مثل لوك وهيوم. لكنهم أثاروا ثائرة بعض السلطات الدينية التي أصبحت لا تشعر بالارتياح إزاء تبعات علم الإلهيات للفكر التجريبي، وأدانوا بشدة منهج العقليين والتجريبيين على حدٍّ سواء. ونتيجة ذلك، انتهت الفترة الأولى من الاهتمام في الفلسفة الإسلامية بعد قرنين من الزمان. وبالرغم من أن الحركة التجريبية الطموحة تعرضت لصفعة قوية، إلا أن الفلسفة الإسلامية لم تضمحل بشكل كامل. فقد قدم عباقرة الفلسفة الإسلامية الأوائل - على سبيل المثال ابن

سينا في تفاسيره القرآنية ـ بعض الأفكار الأفلاطونية الجديدة التي ألهمت في وقت لاحق آخرين لاستنباط النظريات التنويرية منها. وبعد قرن أو قرنين، ظهر التفكير الفلسفي من جديد بشكل تدريجي على هامش الحضارة الإسلامية. هذا وهاجر معظم الإرث العقلي الأرسطي غربًا إلى الحدود الجديدة للحضارة الإسلامية في إسبانيا، على يد مفكرين مثل ابن زهر في القرن الحادي عشر.

ولكن إلى الشرق، في إيران، تطور الفكر الفلسفي إلى عقيدة أفلاطونية تنويرية، قاده السهروردي وابن العربي في القرن الثاني عشر، وصدر الدين شيرازي (عرف كذلك بملا صدر) في القرن السادس عشر. وتطور فكر الفريق الأخير على العقيدة الأفلاطونية للمعرفة بمن خلال «رؤية فكرية» للأشكال الإلهية، وأقر بأن الحقيقة شبيهة بنور إلهي والمعرفة لها أساس مستنير عن طريق الحقيقة الأخلاقية للنور. أما في إسبانيا، كما هو معروف، تجاوزت الفلسفة الإسلامية الفكر العقلي الإغريقي لتصل المفكرين الأوروبيين مثل أكونياس وباكون في القرن الرابع عشر. تستمر في إيران العقيدة التنويرية إلى يومنا هذا، إلى جانب علم الإلهيات الشيعي.

(12)

من بين الكتب القليلة التي وضحت الفلسفة التنويرية باللغة الإنكليزية نجد كتاب **مبادئ الأبستمولوجيا في الفلسفة الإسلامية** (1992)[1] لصاحبه مهدي حايري يازدي. وحسب المدرسة التنويرية، فالمعرفة نوعان: معرفة بالحضور (شهود)، تكون مباشرة، غير تمثيلية، وليس لها إحالة إلى موضوعات خارجية؛ ومعرفة بالمطابقة، التي تتطلب الفكر التقليدي للاعتقاد المبرر الصحيح المتعلق بالفهم الصائب لذات موضوع خارجي. منذ سبعة قرون مضت، استعمل مؤسس المذهب التنويري، السهروردي، ظاهرة الألم ليضرب مثلًا لخصائص المعرفة بالحضور.

(1) الدكتور هايري يازدي، الذي كان صديق العائلة، كان رجل نهضة متخف في حالة ثيولوجية (مرتبطة بالدين) حديثة، وكان يزعم أنه واحد من مجموعة لا تزيد يقينًا على عدد قليل من الأفراد الذين تلقوا تعليمًا رسميًا في الثيولوجيا الإسلامية الشيعية في المدارس الدينية الإيرانية، وكذلك تعليمًا رسميًا لإعداد درجة الدكتوراه في الفلسفة بالجامعات الغربية، وأشرف لبعض الوقت على المدرسين بجامعة جورج تاون حيث أتيحت لي الفرصة أن التقيت به حينما كنت صغيرًا، وكان أبوه كذلك زعيمًا شيعيًا إيرانيًا، وفي سنوات لاحقة، درس هايري الثيولوجيا في إيران ونشر عمله، وتوفي منذ سنوات قليلة.

وأكد (كما فعل الفيلسوف التحليلي الأميركي سول كريبك في القرن العشرين [1972])[1]، أن معرفة الألم لا تبدو منفصلة عن تجربة الألم حيث لا يمكن أن يحصل شيء دون الآخر. يلاحظ حايري أن فتغنشتاين سجل ملاحظات شبيهة بملاحظات السهروردي في نفس الموضوع. ويعلق حايري كذلك أن برتراند راسل دافع عن نفس الفكرة (بكيفية تجريبية) أي: بمبدأ المعرفة بالمؤالفة. ولكن بالنسبة للتنويري، خلافًا للتجريبي، تعد المعرفة بالحضور تعبيرًا أبستمولوجيًا للمعرفة الأنطولوجية حيث كما تبين مع مثال ظاهرة الألم، لا يوجد اختلاف بين معرفة الشيء وتجربة الشيء. هذا وتتلاقى الأنطولوجيا والأبستمولوجيا عند نقطة واحدة.

تمثل المعرفة بالحضور حقيقة ابستمولوجية. ولكن حايري استنتج أنها إذا كانت شيئًا نفعله، وإذا كانت حقيقة ابستمولوجية، عندها تكون لزامًا حقيقة أنطولوجية، لأن الأنطولوجيا والأبستمولوجيا متشابهتان في حالة المعرفة بالحضور، كما يبينها مثال ظاهرة الألم. ولكن فيم تتمثل الحقيقة الأنطولوجية التي تبينها المعرفة بالحضور؟ تتحول هنا المدرسة التنويرية للفلسفة إلى ما يسميها حايري مدرسة الفكر الوجودي. فما نعرفه وما نكونه هو الشيء نفسه عندما نعرف بالحضور. كما تجسد التجربة الروحية النوع الأساسي للمعرفة بالحضور.

(13)

يقدم حايري اتجاهين للبرهنة على وجود هذا الضرب من المعرفة.

أما النوع الأول من الدليل الذي يقدمه فهو الدليل التجريبي، الذي يرتكز على الظواهر الحسية. وبشكل مثير للاهتمام، يحيلنا المثال الذي استعمله حايري، إلى السهروردي، ومثال الألم الشهير، والذي كان مركز مفارقة فلسفية كبيرة في عصرنا كذلك. يتوسع حايري في موقف السهروردي، مؤكدًا أن الظواهر الحسية مثل الألم، لا تظهر أن المعرفة الموضوعية لامتلاك الألم تختلف عن التجربة الذاتية للألم نفسه. كما يلمح حايري، أن هذه الظواهر تختزل الفرق بين الموضوعي والذاتي إلى شيء لا يذكر، ويقدِّم للمرء الدليل التجريبي لطريقة مختلفة للمعرفة،

(1) إن هذا بالنسبة لي مثال رائع لمقولة/ حكمة أفلاطون القائلة بأن المعرفة تذكر.

وهي طريقة تكون فيها التجربة الذاتية والتحليل الموضوعي غير منفصلين، وهذا ما يسميه المعرفة بالحضور، حيث ما نعرفه هو حاضر ببساطة أمامنا في تجربتنا؛ وغير منفصل عنا، ولا نحن منفصلون عنه. فهو يقرن هذا النوع من المعرفة بالمعرفة البديهية الخفية، التي كانت دائمًا الخاصية الرئيسية للمذهب التنويري. هذا وتمثل الخلاصة الرئيسية التي ينتهي إليها حايري من هذا الوصف لظاهرة الألم بأن المعرفة بالحضور هي نوع جائز من المعرفة.

ومع ذلك، كانت هذه الظاهرة تحلل بطرق أخرى يمكن أن تكون مقبولة بقدر الاستنتاج بأنها تقدم الدليل للمعرفة بالحضور. فمنذ مقال الفيلسوف ج. ج. س. سمارت «الأحاسيس وعمليات التغيير بالدماغ» ([1959] 1991)، اعتُبر الألم موضوع الخلاف الأبرز في مشكلة العقل والجسد. وقدم سمارت الفكرة بأن ظاهرة الألم هي نفسها ظاهرة «احتراق الألياف» الموضوعية القائمة على الدماغ، وهي التي ترتبط بظهور الألم. كما وجهت لهذه «الهوية السيكو فيزيائية» انتقادات من اتجاهات متعددة. وكان الناقد سول كريبك (1972) هو الذي أقر بأن الألم لا يمكن أن يكون شبيهًا باحتراق الألياف أو أي حدث دماغي، لأن تجربة الألم لا يمكن أن تترجم إلى ظاهرة موضوعية (احتراق الألياف) دون فقدان نوعية الألم ذاته «أنه يؤلم». وقد انتقد هذا الاتجاه من النقد نظرية الهوية السيكو فيزيائية انتقادًا لاذعًا، وله نقاط التقاء كثيرة مع نقد حايري. ولكن أقيمت استنتاجات أخرى من قبل الفلاسفة، كما نوقش سابقًا في الفصل الثاني. فقد اتخذ بعض الفلاسفة حجة «ثنائية الصفة» كأفضل بديل. وفي هذه المقاربة، يتخذ التقدير الذاتي للألم وأحداث الدماغ الموضوعية على أساس كونهما صفتين مختلفتين، قد تنتميان إلى نفس الحدث. فلا يمكن أن تختزل إحداها إلى الأخرى. إنهما ببساطة صفتان مختلفتان ينتجهما الحدث الشبيه بالألم. كما كانت المقاربة الأخرى لمشكلة الألم مقاربة مادية وظيفية، وهي بطريقة ما، مشابهة لمقاربة ثنائية الصفة، تنكر بأن الظاهرة السيكولوجية للألم يمكن أن تختزل إلى أحداث الدماغ، ولكن تؤكد تبعية الظواهر السيكولوجية لوجود أحداث الدماغ الرئيسية الأساسية. بمعنى آخر، باعتبار عنصر إدخال معين (منبه ضار)، وأحداث عقلية معينة (ذاكرة ألم سابق) ونتاج معين (إبعاد طرف من طبق ساخن)،

يزعم الوصف الوظيفي للألم أنه يرمي إلى تفسير كل الظواهر العقلية دون أي تلازم مباشر مع أحداث الدماغ الكامنة، بينما يزعم، في نفس الوقت، أنه من دون أحداث الدماغ، قد لا تحصل التجربة الذاتية للألم. وعليه، بالرغم من أن هايري يستعمل الاختلافات حول الظواهر الذاتية مثل الألم ليقترح إمكانية المعرفة بالحضور، فهو لا يقدمها مع حجته ولا يصرح بتفسيرات بديلة.

(14)

يقدم هايري اتجاهًا ثانيًا للبرهنة على فاعلية المعرفة بالحضور: بالتجربة الروحية. وقد أفاد عدد من الأفراد الموثوق بهم على ما يبدو مرارًا وتكرارًا أن لديهم تجارب معينة للشعور بالاتحاد مع الوجود الشامل، الموصوف غالبًا بمعنى النور المحيط من كل جانب. كتب هايري أن هذه التجارب الروحية يمكن أن تقدم الدليل على فاعلية المعرفة بالحضور. واعترف بأن التجربة الروحية يمكن أن تنتقد، بمعنى الظواهر البدنية غير العادية، مثل الأوهام أو الهلوسة. ويرفض هذه الإمكانية بتقديم تحقيقات أخرى، مثل عمل وليام جيمس ([1901] 1958). ولكن كل ما بينه جيمس هو أن مثل هذه التجارب مألوفة ولها خصائص شبيهة بالظواهر السيكولوجية العادية. ويبقى السؤال مفتوحًا ما إذا كانت التجارب الروحية تمثل ظواهر بدنية شاذة. ومن جهة أخرى، باعتبار أن التجارب الروحية يعرف عنها كونها تظهر مع هالات من الصرع تصيب فص الدماغ الصدغي، وأن الاهتمام الديني يمكن أن يكون خاصية شخصية رئيسية مرتبطة بحالة صرع في نفس الجزء من الدماغ، وليس من المستحيل أن تكون التجربة الروحية نتيجة حالات من الشذوذ البيولوجية. ومن جهة أخرى، فقط لأن بعض التجارب الدينية قد تعكس جوانب مرضية لوظيفة الدماغ، لا يمكن للمرء أن يستنتج أن كل التجارب الدينية هي بالتالي جوانب من الباثولوجيا النفسية. ويبدو أنها مبالغة قوية لتأثير الدماغ على البشر للقيام بمثل هذا التأكيد؛ فالدور الثقافي أوسع في بيان مصدر ولادة الأديان ونموها. ولايزال الأمر غامضًا، حول ما إذا كنا قادرين على تقديم تفسير لكل التجارب الروحية من الناحية البيولوجية والسيكولوجية والثقافية، أو أن التجربة الروحية هي صحيحة، أيًا كانت. فإذا كانت أي تجربة روحية صحيحة، فيمكنها أن تقدم دليلًا للمعرفة

بالحضور. ولكن، هذا الزعم، بالرغم أنه من الممكن أن يكون صحيحًا، يحتاج إلى أن يثبت بدليل. ويصرح في الغالب أن على المرء أن يجرب مثل هذه الظواهر ليقتنع بها، وأن يفترض صحة ما يطلب إثباته. يتجاوز هايري، وهذا يحسب له، ذلك الجواب المعتاد محاولًا أن يظهر أن التجربة الروحية بحيث يمكن أن توصف منطقيًا من خلال «اللغة الروحية» (عرفان)، والتي يمكن أن تفسر ادعاء هذه التجربة بالصلاحية الوجودية. يحتاج هذا الجهد أن يكون ناجحًا للتجربة الروحية كي يقوم بوظيفة مصدر للدليل. وربما لسبب حدود الفضاء أو ربما نظرًا لتعقد المشكلة، لم ينته هذ العمل في كتاب هايري.

(15)

إن آثار الصلاحية الممكنة لطرح المذهب التنويري متعددة عند الفلسفة الحديثة والطب النفسي. فقد تطور الفكر التنويري في فراغ فلسفي تسبب برفضه للفلسفة العقلية والتجريبية. واعتبرت المعرفة بالحضور حقيقة في الفكر التنويري. ولكن، قد لا يكون النقد التنويري لمذهب العقلية والتجريبية مقنعًا لأتباع المذاهب الحديثة. وكحال الصوفية، قد يجد المذهب التنويري بعض الارتباطات على هذا النحو من بين الفلسفات الفنومونولوجية والفلسفات ذات التوجه الوجودي الديني، التي لم ترضى عن مسار الفلسفة العقلية التجريبية التقليدية[1]. يؤسس هايري صلةً

(1) قد يلتبس الأمر على القراء في نقاط التشابه والاختلاف بين الصوفية والتنويرية، فهناك تداخل بين الاتجاهين، حيث إن بعض الكتّاب يعرفون بكلا المقاربتين في جوانب مختلفة من كتاباتهم، وفي هذا الشأن، يعد الرومي مثالًا رائعًا بما أنه يكتب بشكل متواتر حول مواضيع الصوفية، كما سبق وأشرنا إلى ذلك، ولكنه يشير كذلك إلى مواضيع تنويرية تتعلق بالنور الإلهي، ففي العربية، هناك فرق بين الصوفية والعرفان وهذا الفرق يوازي التمييز الذي بينته بين الصوفية والتنويرية، ونفصل ونقول، تمثل الصوفية مقاربة لممارسة الحياة، فهي لا تعني أن تكون فلسفة بالمعنى الأكاديمي أو أن تتصارع مع النظريات العقلانية أو التجريبية، أما العرفان فهو محاولة للاندماج مع الفلسفات العقلانية والتجريبية وفي ذلك دفاع عن مكانة الصوفية، ولكن إلى حد ما عن طريق وسائل عقلية أو تجريبية بالأساس. وقد يرى بعضهم بشكل أو بآخر العرفان كواسطة بين الصوفية والفلسفات العقلانية التجريبية، وقد يكون هذا ما قصده هايري بتعريفه للعرفان باعتباره «الطريقة اللغوية للمعرفة العميقة»، كما أن البعض، مثل حسين نصر، (1976) يستعمل كلمة (gnosis) للإشارة إلى العرفان على خلاف الروحانية للدلالة على الصوفية، فهذا الفرق باللغة الإنكليزية هو أقرب لفهم المعنى باللغة العربية إذا ما ينظر إلى (gnosis) كطريقة لمحاولة تفسير الروحانية بشكل غير روحاني.

مع هذا الفريق عندما يصف تطور الفكر التنويري كما انتهى إليه في كتاب ملا صدرا «الفلسفة الوجودية للوجود»، أو «المذهب الوجودي الإسلامي».

تتمثل الصفة الرئيسية لكل من مذهب الوجودية الغربية وصيغة ملا صدرا بأن المفهوم الأبرز للتفسير الفلسفي هو صنف الوجود. وقد أدى هذا المنظور، من خلال العديد من التغيرات، إلى فهم مركزي للوجودية الغربية (يلخص في هذه السطور لـ توماس نايجل [1986]): فهناك هوة بين الجدية التي يتابع بها كل فرد حياته أو حياتها الخاصة بمنطلق ذاتي، من منظور الأنا المتكلم، أو فقدان الأهمية لحياة كل فرد وأفعاله عندما ترى بمنطلق موضوعي، من منظور الـ «هو» المتحدث.

حسب رأي ملا صدرا، تؤدي أولوية صنف الوجود إلى محاولة تبديد الهوة الظاهرة بين وجود الله (أبدي، قدير، طاهر)، والبشر، والمخلوقات الأخرى (فانية، ضعيفة، فاسدة الأخلاق) (ناصر 1976). ويؤكد ألا وجود لفرق نوعي بين وجود الله والوجود البشري، وبالتالي، تعد الهوة بين الله والبشرية مبدئيًا، سلسلة متصلة يمكن أن تعبر كرحلة، (يسمى كتابه الفلسفي: كتاب الأسفار)، وإذا ما تصدَّعت هذه الهوة، يمكن أن تتحد البشرية والله في وجود واحد شامل. يفسر هايري أبستمولوجيًا أن هذه الفكرة أساسية في تطوير حقل العرفان «المنهج اللغوي للمعرفة التأملية الاستعادية» لنوازن بين الأشكال المختلفة للمعرفة التي يناقشها هايري: المعرفة بالحضور وهي مصدر الروحانية والمعرفة بالتمثل وهي مصدر العقلية والتجريبية ـ. وفي هذا الصدد، قدم ملا صدرًا مفهوم «الحركات الجوهرية»، التي تحيل إلى القدرة على ترجمة التجربة الروحية التي تحققت عبر المعرفة بالحضور إلى لغة العقل والدليل التجريبي. ويعرج هايري كذلك قائلًا بأن هذه الحركات الجوهرية تسمح للتواصل بالظهور بين مختلف طرق المعرفة، وبالتالي، تسمح لنا بتبديد الفجوات الأبستمولوجية وكذلك الفجوات الوجودية. وبهذا الجهد، يجادل هايري بأصالة على أن الفكر التنويري المنسوب لملا صدرا، يلمح لحقيقة فلسفة وجودية جديدة.

إن مفهوم الفجوات الأبستمولوجية والأنطولوجية هو الذي جعل إسهامات

الفكر التنويري في الشرق وإسهامات الفنومونولوجية في الغرب ذات أهمية. ولكنها تفرض أيضًا تحديًا كبيرًا لهذه المدارس الفلسفية. وبالنظر للتقدم الثابت للعلم، فهناك يقين على الدليل الوافر للإشادة بالفلسفة العقلية التجريبية، وربما مع بعض الانتقادات لتجاوزاتها (مثل الهوية السيكولوجية) إلى جانب الحدود التي قدمها معارضوها. بالرغم من أن الفكر التنويري والفونولوجيا قد يجلبان زوايا نظر مفيدة للموضوع، يبدو أن عبء البرهنة يكمن فيها، وذلك لإظهار موطن فشل الفلسفة العقلية التجريبية وبيان كيف ولم تكون بدائلها أكثر منها قوةً.

(16)

هناك العديد من مظاهر التداخل بين المقاربات الأبيقورية والرواقية والصوفية للفلسفة والأخلاق. أعتقد أن التداخل يبين أن هذه الآراء تتقاسم جذورًا في مقاربة أساسية للفلسفة والأخلاق، والتي تختلف عن مقاربة مدارس الفكر الغربية التي نوقشت في الفصل (8). ففي الصوفية، هناك علاقة تربطها بالأفكار الأبيقورية: وهو الجهد الذي يرمي إلى تقليص الارتباطات الدنيوية، والتركيز على تجنب الغضب، واستخدام الرقص والنشيد ليظهر حالات الطرب والنشوة الروحية. وكحال الرواقيين، يحاول الصوفيون الحد من شهواتهم، سواء للطعام أو الجنس. وأما في حال الهندوسية، فتؤكد الصوفية المعيشة القاسية والتأمل، وكذلك إظهار الاحترام لدين وسماحة الطوائف الدينية[1].

أعتقد أن المدارس الإغريقية والفلسفة الإسلامية يمكن أن تكون لها صلة وثيقة بالآراء الراهنة في أخلاقيات الطب النفسي. إذ تتشارك المدارس الإغريقية والإسلامية في التركيز على الاختزال والارتباطات. وتعدُّ هذه المقاربة مختلفة أشدَّ الاختلاف عن الأصداء البورجوازية لعلم النفس التحليلي التقليدي، وكذلك، خارج الاتجاه السائد للثقافة الغربية بصفة عامة. فلها العديد من نقاط التشابه مع المقاربات الوجودية الغربية، وأقترح أن الحوار يمكن أن يكون بناء ومفيدًا بين الوجودية الغربية وهذه المقاربات الإغريقية والشرقية، وعلاوة على تقليص

(1) قد مثل هايري هذا الوجه.

الارتباطات، تتضمن المفاهيم ذات الصلة الوثيقة بالطب النفسي التركيز على الحاضر الراهن، والاعتراف بحدود العقل، واختبار دور المعرفة الحسية، وإدراك مزايا الاتجاه الفكري المتعدد الأوجه.

الجزء الثاني

الممارسة
ماذا يفعل أخصائيو الطب السريري (الإكلينيكيون) ولماذا؟

حاولت في النصف الأول من هذا الكتاب أن أفسر كيف للطب النفسي أن يجيب عن مشكلات معينة في مبحث الأنطولوجيا والأبستمولوجيا والأخلاق، وما الذي يوجد في الممارسة الطب-نفسية، وكيف نعرف عنه، وكيف نقيِّمه؟ ومع ذلك، للإجابة عن هذه الأسئلة، إنه لمن الأهمية أن نملك فهمًا واضحًا لظواهر العلاج النفسي الحقيقية. أما في الجزء الموالي، أعود إلى تحليل مفاهيمي لعلم تصنيف الأمراض المتعلق بالطب النفسي، العلاج النفسي وعلم الاضطرابات النفسية، ويعني ذلك، الظواهر الحقيقية للممارسة الطب-نفسية. أطبق ها هنا مقاربة متعددة الأوجه للطب النفسي، حسبما جاء به كارل ياسبرز، وأحاول أن أبين كيف أن الوضوح المفاهيمي حول ما نقوم به ممارسةً يمكن أن يسلط الضوء على الأسئلة الواقعية الحقيقية، التي يتصارع معها الإكلينيكيون والمرضى يوميًا.

الفصل العاشر

في طبيعة المرض العقلي
هل هو مرض أم خرافة؟

(1)

ما المقصود بالمرض العقلي؟ هل هو ماهية مرضية، كما في النموذج الطبي المعياري، أم خرافة، كما في المراجع النقدية المنسوبة إلى الحداثة المغايرة، أم أنه أمر وسط بين الطرفين؟

يحتاج نقاش المرض العقلي أن يبدأ بنقاش المرض بصفة عامة، تليه القضايا المخصوصة المرتبطة بالحالات الطب نفسية. أعيد النظر في هذا الفصل وهذه المسألة العامة، وفي الفصول الموالية أناقش أنواع معينة من نظم التصنيف (علوم تصنيف الأمراض) في الطب النفسي.

يمكن أن يعرف المرض كشيء مختلف عن الصحة. يتمثل الرأي المشترك، وربما يكون الأضعف، في الطب بأن المرض هو غياب الصحة. وبالتالي، يعرف المرض بشكل سلبي: نقيض الصحة. تعد المشكلة العميقة في هذا الرأي أنها تحول المهمة إلى تعريف ما تعنيه الصحة، وهناك العديد من الآراء المختلفة حول طبيعة الصحة، على قدر ما أن هناك العديد من الآراء حول طبيعة المرض.

يتمثل البديل في تعريف المرض بالاستناد إلى مجموعة معينة من الحاجيات، تاركين جانبًا أي تعريف للصحة. بهذا المنظور، الصحة تعني غياب المرض، فالمرض معرف إيجابي والصحة معرف سلبي. اتخذ الطبيب النفسي أوبري لويس (1967) هذه

المقاربة وقارنها بمقاربة أخرى[1]. ويبدأ باقتباس تعريف عام للصحة تقدمه منظمة الصحة العالمية وهو «حالة الرفاهية الجسمية والذهنية والاجتماعية التامة وليس مجرد غياب المرض أو العلة» (180). يعارض لويس هذا الرأي:

> **من الصعب أن يكون الاقتراح أكثر شمولية من ذلك، أو أكثر تفاهة. ولكن، إدانته لأنه فاقد للمعنى هو تجاهل للتاريخ وتعقُّد الفكر الذي نتج عنه. إن التركيبة القديمة لوحدة الجسد والعقل والروح تعد صعبة المنال، وقد ظهرت في العصر الذهبي لكنها فقدت بعد فترة طويلة. والآن عندما تعمل مختلف الأعضاء بشكل جيد كي لا تلفت الانتباه إلى نفسها، ومالكها خال من الألم أو القلق، فإنه يفترض عادة أنه بصحة جيدة. فالمقياس هو مقياس ذاتي. ولكن إذا أفاد نفسه بخدمة الأشعة فوق البنفسجية، سيعلم بالتالي أن رئته تعكس دليلًا قويًا على مرض السل، فيتوقف عندها عن اعتبار أنه في صحة جيدة: فالمقياس الذي يتبناه الآن هو مقياس دخيل وهذا نقيض إقرار الطبيب الذي يعتمد على معلومات موضوعية أو باثولوجية. ومن المؤكد أن مقاييس الصحة البدنية التي يضعها الطبيب ليست كمقاييس المريض، وأنه في الحيز التطبيقي، حضور المرض الذي يمكن أن يدرك، وليس حضور الصحة. إذ لا يوجد علامات إيجابية للصحة يمكن الاعتماد عليها، ونعتبر الشخص السليم من يكون خاليًا من أي دليل على مرض أو علة. (180 181).**

يتابع لويس تقديم مقاييس للمرض وفقًا لعملية الممارسة الطبية: «تعتمد مقاييس المرض الجسمي والصحة على: أولًا إفادة المريض حول كيف وماذا يحس، أي على أقوال ذاتية. أما ثانيًا علامات واضحة لوظيفة كافية أو معطلة. وثالثًا علامات خفية لمثل هذه القدرة أو الضرر، التي تكتشف عن طريق أدوات مخصوصة أو إجراءات». إلى حد هذه النقطة، لم يناقش لويس جوانب سيكولوجية أو اجتماعية للمرض البدني. ولم يشعر أن مثل هذه الجوانب أجزاء ضرورية لتعريف المرض البدني، ومع ذلك، فهي ضرورية:

(1) كل أقوال لويس في هذا الفصل مأخوذة من هذا المصدر، وكانت المقالة الأصلية بعنوان: «الصحة كمفهوم اجتماعي».

تحدثت عن الأعضاء والنظم؛ ولكن هذه بالطبع مفاهيم تقنية من البنية الحية كلها. يجب على الطبيب أن يعتمد على تقدير الأداء العام للمريض وكذلك على أداء أجزاء منفصلة منه، معزولة للملاءمة كأعضاء أو نظم: لا بد أن تعمل جميعها في انسجام متجاوب. إضافة إلى ذلك، رمى عدد كبير من الباثولوجيين والأطباء إلى جعل هذا حجر زاوية صحة الإنسان، التي يعرفونها أو بالأحرى يلخصونها كـ«حالة التوازن الفيزيولوجي والسيكولوجي» بينما يعتبرون المرض كردة فعل البنية لاضطراب توازنه الداخلي... وعند هذه الفكرة نحن منساقون مجددًا، بعيدًا عن السنن الموضوعية المدروسة بشكل جيد. ويكون الأداء المناسب للجسم الذي يعمل ككتلة واحدة انفراديًا للغاية، هذا ويعد نسق التباين في الجنس البشري متسعًا...

لذلك، حتى فيما المرض البدني، لا يمكن أن نغض النظر عن السلوك العام، وهو مفهوم سيكولوجي، والمحيط، الذي، بقدر ما يتكون من البشر ومؤسساتهم، سيتضمن مفهومًا اجتماعيًا. (182 183).

وفي هذا النقاش، يقارب لويس نموذج أنجل البيوسيكو اجتماعي للطب، كنقيض لما سماه أنجل النموذج «البيو طبي الاختزالي» الذي يقدم فقط التعريفات البيولوجية للمرض. ومع ذلك، لم يتوافق لويس بشكل كامل مع أنجل، لأن لويس يشعر أن الجوانب البيولوجية للمرض ضرورية، رغم أنها غير كافية، لفهم المرض، غير أن الجوانب السيكو اجتماعية للمرض عرضية. بمعنى آخر، يسمح لويس بالنموذج البيوسيكو اجتماعي، ولكن بعنصر بيولوجي يكون جوهريًا وأكثر أهمية.

ويتابع لويس لتعريف المرض العقلي:

ومن المألوف في النقاش العام أن نتبنى وجهة نظر وحدانية، ونستنتج الجانب الجسدي لكل أمراض الصحة العقلية، تمامًا كما نستنتج جانبًا نفسيًا لكل الأمـراض الجسدية؛ ولكن في الممارسة تدفعنا الحدود الموضوعة لملاحظاتنا، والمعرفة إلى تناول هذه المواضيع بلغة ثنائية. (183).

قد تكون الصحة العقلية، بشكل مثالي، حالة من التوازن بين قوتين في نظام غير مستقر. فوصفت من قبل البعض كحالة تكون فيها القدرات

الكامنة مدركة بشكل كامل. ولكن مالم توصف بعض القدرات بأنها ذات خصائص مرضية وتحذف من التعميم، فإن هذا غير منطقي. فنحن جميعًا لدينا قدرات دفينة بائسة وكذلك قدرات محببة. ومن الصعب أن نعرج على فضاضة المفهوم المثالي للصحة العقلية، الراقي وصعب المنال. فالمقياس المجدي المستخدم لتعريف الصحة العقلية هو غياب المرض العقلي. وهذا يحور الصعوبة ويبددها بشكل طفيف. (183).

وما المقصود إذن بالمرض العقلي؟ وهل يمكن أن يفهم كما يفهم المرض الجسدي، بوظيفة جزء معين من الكل المتغيرة نوعيًا، باضطراب التفكير، على سبيل المثال، أو اضطراب البصيرة؟ هذا ممكن: فنميز بشكل متواتر كون الشخص مريضًا عقليًا لأن لديه أوهام أو هلوسة. ولكن ليس دائمًا لأنه إذا كان اضطراب وظائف الأجزاء لا يؤثر في سلوكه، أو يقع في إطار أصناف معينة ننظر إليها كـ«عادية»، لا يمكن أن نستنبط «المرض العقلي» من حضورها. إذا يعبر رجل ما عن اعتقاد غير منطقي، كأن يكون مسحورًا، فلا يمكن أن نسميه وهمًا أو علامة مرض، لو لم نكن راضين أن الطريقة التي عبر بها مرضية. بمعنى أنها من خلال عمليات ذهنية تضليلية مشحونة بالشك. (184)

على ما يبدو أن مقياسين اثنين قد طبقا على التغييرات في الوظيفة: مقياس باثولوجي نفسي ينتبه إلى العملية، ومقياس إحصائي يركز على نسبة تواتر ظهورها. (184)

سأتوسع في هذه المفاهيم التي تتعلق بالوهم والهواس في الفصل 14. ولكن لأهدافي هنا إنه كاف تتبع خط حجة لويس بأن المرض العقلي يتطلب، مثل المرض الجسدي، تقييم اضطراب وظيفة ما، وفي هذه الحالة وظيفة عمليات التفكير العادية. بالإضافة إلى ذلك، فللمرء ما يسميه لويس مقياسًا «إحصائيًا»، ويعني ذلك أن شيئًا غير مألوف وغير عادي. بالرغم من أن هذا الجانب الأخير ربما ينطوي على عنصر اجتماعي دفين للمرض العقلي، يقر لويس بأن اضطراب الوظيفة السيكولوجية هو خاصية أساسية:

لمفهوم المرض والصحة عناصر فيزيولوجية وسيكولوجية، ولكن ليس له عناصر اجتماعية ضرورية. ففي معالجته، لا يمكن أن نتجاهل الاعتبارات

الاجتماعية، لأنها يمكن أن تكون ضرورية لتقييم الملائمة الفيزيولوجية والسيكولوجية، ولكن لسنا ملزمين باعتبار ما إذا كان السلوك شاذًا اجتماعيًا: رغم أن المرض يمكن أن يؤدي إلى مثل هذا السلوك، إذ إن هناك أشكالًا عديدة من الانحراف الاجتماعي التي لا تمثل مرضًا، وأنواعًا عديدة من الأمراض التي لا تمثل انحرافًا اجتماعيًا. إنكار المدلول الاجتماعي في فكرة الصحة لا يعني بأي حال من الأحوال إنكارًا للسياق الاجتماعي. (189 192).

يلخص لويس رأيه:

إذا حاولت الآن أن أستجمع حجتي، فهي كالتالي: إن الصحة مفهوم واحد: وإنه لمن غير الممكن أن نضبط مقاييس مختلفة للصحة الجسدية والصحة العقلية. نفترض جميعًا أن هناك فرقًا بين الصحة وسوء الصحة، التي ليس لها مضاد في الظواهر، ولكن لا يمكن أن نعوضها بسلسلة متصلة، لأننا نفتقد وسائل تقدير لبعض الأبعاد الضرورية. إلى جانب المشاعر الذاتية ودرجة الفاعلية الكاملة، فمقياس الصحة هو الأداء المناسب للوظائف، الفيزيولوجية والسيكولوجية. بالتالي، يمكننا دائمًا أن نقول بأن فرد ما سليم جسديًا، ولكن لا يمكننا أن نقول بالثقة نفسها، وبإجماع العديد من الملاحظين، ما إذا كان سليم عقليًا. (194)

(2)

يتبنى لستون هافنز الرأي المخالف. فهو يشعر أن المرض بصفة عامة والمرض العقلي خصوصًا، يحتاج إلى أن يعرف بمعنى غياب الصحة. بمعنى آخر، للاختلافات في علم الأمراض الطب نفسية أعني اختلافات حول طبيعة الأمراض، وكيف يتم تصنيفها، وما إذا كانت أمراضًا أم لا جذورها في الالتباس أو الجهل بطبيعة الصحة العقلية. فإذا لم نتمكن من تحديد ما تعنيه الصحة بشكل واضح نسبيًا، سنختلف عندها حول معنى المرض.

ها هنا الحجة الخاصة بـ هافنز:

يبحث الطب النفسي المعاصر عن الأعراض والعلامات، وجمع هذه

الأخيرة في متلازمات أو حالات مرضية. وتعتبر الصحة غيابًا لحالات المرض، وأرجحية لما يسمى بالنتائج السلبية. ووفقًا لذلك، يعد بناء المفاهيم المتعلقة بالمرض الطب نفسي، وصفًا في غاية السلبية للصحة.

ويبدو أن هذا كذلك صحيح بالنسبة لمفهوم المرض الجسدي، لكنه ليس كذلك، لأن الأمراض الجسدية تعرف ضد الصحة الملموسة، وضد معايير عمل الجسم العادية، بغياب لمستوى ضغط الدم الطبيعي، النبض، حدة البصر... وهلم جرّا. إنها المعرفة المفصلة بالمعايير المعقولة للوظيفة الفيزيولوجية التي تؤدي إلى تأكيد جامع لمفاهيم المرض. فالطبيب لا يطرد، بالأساس، المرض فقط، بل يقوم باختبار من أجل الصحة.

صحيح أن الحالة العقلية أو الفحص السيكولوجي، هو الأداة التشخيصية الرئيسية لدراسة المرض، إلا أن ذلك يتضمن بعض الاختبارات للصحة العقلية... مثل الذاكرة، الفهم، اتجاه التفكير، والحساب. وليس من قبيل الصدفة أن هذه الأخيرة هي أجزاء من الفحص السيكولوجي الأقرب إلى علم الأعصاب، الذي يمتلئ باختبارات أخرى للصحة العصبية. ومع ذلك، يعد الفحص السيكولوجي الأضعف حيث يكون مطلوبًا بشكل كبير من قبل الطبيب النفسي: في اختبارات الإحساس العادي، والقبول الاجتماعي، وصورة الذات، والقدرة على الحماية الذاتية، والاندماج وسط الآخرين. (1984، 1208)

تأثر هافنز بتطور علم الأعصاب، حيث أدى تقديم التقنيات مثل الوخز والمطرقة الانعكاسية والشوكة الرنانة في أواخر القرن التاسع عشر إلى تقدم علاجي مهم. وبإمكان أخصائي علم الأعصاب عندها أن يعرف الصحة بشكل أكثر وضوحًا، وبالتالي، يحدد بشيء من التوسع المرض بشكل حاسم. يؤكد هافنز أن المرض ماهية محددة في الطب، غير أنه زئبقي ومعقد في الطب النفسي. عندما يذهب مريض ما، إلى طبيب داخلي أو طبيب أعصاب، يطمئن الطبيب المريض حول كل جوانب الفحص تلك التي تكون عادية. إضافة إلى ذلك، تعرف حالات الشذوذ بسياق الجانب العادي، ويستطيع المريض والطبيب أن يتمثلا هذا الشذوذ. فيصبح المرض «هو ذاك» (بليغرنو وتوماسما 1981) وينظر إلى المريض كونه مصابًا بالمرض. وفي حالة الطب النفسي، غالبًا ما يعتمد أخصائي الطب السريري

على عقل المريض للبحث عن دليل للعلة، أكثر من كونه بحثًا عن دليل للصحة. وفي الكثير من الأحيان، يظهر المرضى بعد فحوصات طب نفسية بشكوك حول بعض الشذوذ، واطمئنان ضئيل جدًا عن المناطق التي تعمل بشكل جيد. وعليه، يبدو المرض المزعوم ممتدًا ومهددًا، وغالبًا ما يعرف المريض بالمرض. وفي هذا السيناريو، يمثل المريض المرض، أكثر من كونه يعاني منه. وبالتالي، ليس من قبيل الصدفة أن نتكلم عن المريض الفصامي أو المريض المصاب بالمس بتساهل كبير، عوضًا عن المريض الذي يعاني من هذه الحالات.

إذا قارنا وصف هافنز لعملية الممارسة الطبية بوصف لويس، نلاحظ فرقًا كبيرًا. بالنسبة للويس، حتى في الطب البدني لا يمكن أن يقال إلا القليل عن الصحة، ويمكن أن يفهم المرض كشذوذ للوظائف الفيزيولوجية للأعضاء والأجهزة، عند هؤلاء المتدربين الذين يملكون معرفة متخصصة كافية بالعملية. هذا وفي الطب النفسي يضيف لويس ببساطة عامل فقدان الوظيفة السيكولوجية كما في عمليات التفكير غير المنطقية المؤدية إلى الوهم. وحسب رأي هافنز، الصحة هي ما يعنى بالطب الجسدي، فالمرض هو كينونة محددة متبقية حينما يقع التوكيد على الجوانب الصحية للشخص من جديد. وفي المقابل، في الطب النفسي يحصل تجاهل الصحة ويظهر المرض بشكل واسع جدًا، وهو ما يؤدي إلى اختلافات في شأن مفهوم المرض، فضلا عن زيادة عنصر الوصمة المميزة.

يعكس الاختلاف بين لويس وهافنز نقطة أساسية لفهم المرض العقلي. هل نحن بصدد عمل مقاربة للمرض العقلي أساسًا بالبحث عن حضور المرض، بأن نترك الصحة جانبًا (كما يؤكده لويس)، أو بتعريف الصحة أولًا مع كون المرض مقيد بالبقاء (كما يقترح هافنز)؟

(3)

إنه لمن المثير للاهتمام أن نبين أن لويس وهافنز كليهما يحاولان مقاربة فهمهما لماهية المرض وماهية الصحة بالتأمل فيما يقوم به الأطباء في الممارسة الطبية. فهم يركزون على عملية التشخيص لتحديد ما نعنيه بالمرض. وهذه مقاربة

عملية مفيدة، ولكن يمكن أن تظهر استنتاجات مختلفة في نواحٍ أخرى أو بمقاربات أخرى. كان كلٌّ من لويس وهافنز طبيبين نفسيين. لذلك دعونا نفحص ما يعير انتباه أدموند بليغرنو وديفيد توماسما (1981)، اللذين ليسا طبيبين نفسيين بل فيلسوفان، ووليام فالفورد (1989)، وهو طبيب نفسي وفيلسوف متدرب، ونورمان دانيالز (1985)، الفيلسوف المختص في أخلاق الرعاية الصحية.

في الكتاب الكلاسيكي الأساس الفلسفي للممارسة الطبية **A Philosophical Basis of Medical Practice** (1981)، يقرر بليغرنو وتوماسما تطبيق الفكرة الفنومونولوجية لـ«الجسم الحي» على فهمهما للمرض. وبمعنى آخر، لا يركزان فقط على الجسد كموضوع، أو على أجزائه أو أعضائه. كما يعتبران الجسد بما ينظر له من خلال التجربة الذاتية لصاحبه. وبالتالي، يعتبران المرض كـ«بنية علائقية بين المرض، والشخص المريض والطبيب والمجتمع. يعيش المريض ثلاث علاقات إحداها بنفسه، وأخرى بالطبيب، وأخرى بالمجتمع والبيئة التي يعيش فيها كلها محكومة بالحاجة إلى المساعدة. كذلك يعيش الطبيب ثلاث علاقات إحداها مسؤوليته تجاه الشخص المريض، وأخرى بالمرض (فيم تتمثل الحالة؟ ماذا عساه يفعل؟)، وأخرى بالمجتمع» (74). ويتابعا قولهما:

> **يعد المرض حضور الحاجة الذاتية والإكلينيكية أو الاجتماعية للمساعدة عند أشخاص يكون توازنهم الجسدي والنفسي أو السيكولوجي للحدود في الجسم مختلًا. ومن ناحية أخرى، تتميز الصحة أو الرفاه بوجود نظام وتوازن في الجسم ولا حاجة واضحة وحقيقية للمساعدة. وفي مملكة الجسم الحي، يعد المرض تفسيرًا للاختلال، وهو تعطل القدرة على الانسجام. إضافة إلى ذلك، ليس المرض عرضًا بل هو علامة لفقدان العمل الوظيفي. وبهذا الوصف، يكون حمَّال أوجه. وتعد مفاهيم المرض، بناء على ذلك، تقييمية في حد ذاتها وعلى المستوى الخارجي. وتعتمد على الخلل الوظيفي العضوي، ويعد هذا حاجة ماسة للمساعدة، وتدخل الطبيب. ويتمثل هدف الطب أساسًا في إسعاف خلل الجسم الحي، وليس تفسيرًا علميًا. فشفاء فقدان الوظيفة العضوية ضروري، ولكنه خطوة غير كافية في اتجاه هذا الهدف. (76)**

يمكن أن يعتقد المرء أن هذه المقاربة للمرض، التي تضيف عنصرًا ذاتيًا قويًا غير موجود في تعريف لويس، يمكن أن تكون طيِّعة لتعريف المرض العقلي. وخلافًا لذلك، يستثني المؤلفون الطب النفسي (إلى جانب الدين!) لأنه لا يقع في إطار مفهوم ممارسة الطب.

بالرغم من أن الطب النفسي يعتبر دائمًا فرع من الطب، فهو يتقاسم مع الدين تركيزًا أوليًا على الذات الحية، والاندماج الرمزي كشخص. ولكن الدين يركز أساسًا على الحاجات المعقولة للجسم الحي، أكثر منه على الذات الحية. وبالتالي، يتقاسم الطب النفسي مع الدين منهجية العلاج بالنقاش. ويعد الطب النفسي أساسًا فنًا إقناعيًا يتضمن علاجه الفهم، والتفسير، والتكيف. إلى درجة أن الطب النفسي يكتشف الأسباب العضوية للمرض، فيعتبر طبًا. فأساسًا يعد المرض العقلي اختلالًا رمزيًا، وليس اختلالًا عضويًا. (بليغرنو وتوماسما 1981، 78)

بالرغم من اختلافهما، يبدو أن لويس وهافنز يتفقان على محاولة إيجاد أرضية مشتركة بين الطب، والطب النفسي، بين تصورات المرض البدني والمرض العقلي. وفي مقابل ذلك، يعرف بليغرنو وتوماسما الجوانب الطبية للطب النفسي بعيدًا عن الخلط بين الميدانين. وعلى مستوى هذه النقطة يفترض بالقراء ألا يجدوا صعوبة في إدراك خطأ بليغرنو وتوماسما. وبمعنى متعدد الأوجه، هما يعرفان الطب النفسي بشكل تام بمنظور قصة الحياة لـ ماكهاي وسلافني، ويتجاهلان بشكل كامل المقاربات الأخرى للطب النفسي. ومن جهة أخرى، يناقشان أن أية مقاربة بالتالي في الطب النفسي ليست طبًا نفسيًا ولكنها جزء من الطب. وهذا بالفعل هو المنطق الدائري.

ومع ذلك كله، يقدم لنا بليغرنو وتوماسما مفهوم الجسم الحي، ويشيران إلى الحاجة لفهم المرض والعلة كشيئين يظهران في حياة الأفراد وأجسامهم. ويقيمان الحجة على أن بإمكاننا وضع الخلل الوظيفي العضوي خارج هذا السياق، وبناء على ذلك هناك دائمًا عنصر تقييمي لمفاهيم المرض.

(4)

يتفق الطبيب النفسي والفيلسوف وليام فالفورد مع هذا الرأي. وفي كتابه: **النظرية الأخلاقية والممارسة الطبية (Moral Theory and Medical Practice** (1989)، يشارك فالفورد بعرض منطقي لطبيعة التشخيص الطب نفسي. فيبدأ بنقد بسيط ولكن قوي من طرف توماس زاس (1974)، الذي يزعم أن مفاهيم المرض الطبي هي حقائق غير أن مفاهيم المرض العقلي هي مليئة بالأحكام القيمية. وبما أن المرض الطبي يتطلب غياب الأحكام القيمية، والمرض العقلي ليس مرضًا طبيًا، وفقًا لـ زاس. وعكس ذلك، بين بليغرنو وتوماسما أن مفاهيم المرض الطبي مليئة بالأحكام القيمية، فعلى هذا الأساس، لا يمكن للمرء أن يفرق بين مفاهيم المرض البدني والمرض العقلي. ركز فالفورد على مفهوم «فشل العمل» كخيط مشترك. هذا وفي كل من المرض العقلي والمرض البدني، يعيش المريض تجربة عدم القدرة على العمل في الحياة اليومية، بسبب الصعوبات الجسدية والسيكولوجية [1]. يغير فالفورد الرأي المتفق عليه أن المرض يشتق من الخلل الوظيفي لشيء ما (عضو أو جهاز)؛ ويقول أن المرض بالأحرى ينبثق بطريقة غير مباشرة من فشل العمل. فيجعل هذه الحجة مرتكزة على النقاش المنطقي للمعنى، وعلاقات الألفاظ **الخلل الوظيفي والمرض والعلة.**

مشكلة فهم المرض العقلي واضحة في هذا الرأي. إذ ترتبط فكرة المرض ارتباطًا وثيقًا بفكرة الخلل الوظيفي. وتنحدر مفاهيم المرض البدني من العلاقة القائمة بين المرض والخلل الوظيفي. ومع ذلك، يحذف المرض العقلي خطوة أبعد، وإذا كانت الاختلافات بين المرض العقلي والمرض البدني بارزة، فإن علاقة المرض العقلي بالمرض تبدو أكثر بعدًا.

يتمثل بديل فالفورد باعتبار فشل العمل كأساس منطقي، فمفاهيم المرض،

(1) إنه لمن المهم أن نفهم الفروق الموجودة بين اختلالات الوظيفة العقلية واختلالات الوظيفة البدنية، ففي معظم الحالات، يمكن أن تفهم اختلالات الوظيفة البدنية من طرف المريض الذي يعيش الألم أو يعاني منه (لذا أصل كلمة علة)، ومع ذلك، لا تكون المشكلة في حالة اختلالات الوظيفة العقلية ظاهرة للمريض الذي يفشل في القيام بنشاطاته، ولكن بالأحرى للآخرين (مشكلة الاستبصار التي نوقشت في الفصل 17).

العقلي أو البدني، مشتقة من فشل العمل. بهذا تنحدر مفاهيم العلة من مفاهيم المرض.

تحتاج حجة فالفورد إلى أن تقرأ بكليتها لإدراك القوة الكاملة لمقاربته. ومع ذلك، بالرغم من أنها تستوفي صرامة أسلوب التفكير الفلسفي، أشك أن العديد من الإكلينيكيين سيرغبون باعتماد مقاربة فالفورد بأسلوب تفكير إكلينيكي بدرجة أكبر من اعتماد جانب من أفكار بليغرنو وتوماسما. في أي من الحالتين، يؤكد هؤلاء الكتاب الجوانب الأخلاقية والتقييمية لمفاهيم المرض كلها، سواء كانت بدنية أو عقلية. وبذلك المعنى، تحول الاتهام المشترك ضد مفاهيم المرض العقلي كحامل لأحكام قيمية أقل وطأة. أما المكونات الأخلاقية للممارسة الطبية فكلها بارزة. هذا وبدوغمائية بليغرنو وتوماسما، لا يبدو الطب النفسي مختلفًا جدًا عن الطب من خلال زوايا النظر هذه.

(5)

يعتمد الفيلسوف نورمان دانيال مقاربة صريحة مشتقة من اعتبارات بيولوجية، بالإضافة إلى زوايا النظر الأخلاقية المنسوبة إلى الفيلسوف جون رولز. ويبدأ دانيال بتقييم طبيعة أنواع الحاجات التي لها صلة وثيقة بألفاظ الصحة والمرض (1985). فيتبع ديفيد برايبروك في تقسيم الحاجات إلى «وفقًا لمجرى الحياة» و«عرضية». تعتبر الحاجات التابعة لمجرى الحياة هي تلك الحاجات «التي يحتاجها الناس أثناء حياتهم أو عند أطوار من الحياة التي يستوجب عليهم أن يمروا بها» وترتكز الحاجات العرضية على مشاريع محتملة. وبالتالي، تكون أمثلة حاجات مجرى الحياة من قبيل الطعام والمسكن والملبس. إلخ. ويعرج دانيال مقتبسًا ما قاله برايبروك: «يهدد العجز التابع لها الوظيفة العادية للحاجة والتي تعتبر كعضو من الجنس الطبيعي». ويستعمل دانيال المفهوم البيولوجي «للوظيفة العادية للجنس البشري» كأساس لمفاهيم الصحة. هذا ويتابع ليعرض نتائجها:

«سأبدأ بنموذج طبي وجيز، إن لم يكن غير مثير للجدل حيث تتمثل الفكرة الأساسية في أن الصحة هي غياب المرض، والأمـراض... هي

انحرافات عن التنظيم الطبيعي الوظيفي لعضو نمطي للجنس البشري. إضافة إلى ذلك، تندرج مهمة توصيف هذا التنظيم الطبيعي الوظيفي ضمن العلوم البيو طبية... فمفهوم المرض هو مجرد مفهوم إحصائي عدول عن العادة الإحصائية. فالأمر يعتمد بالأحرى على الصيغة النظرية لتصميم البنية» (28).

ترتكز هذه المقاربة، مثل مقاربة لويس، على الشذوذ الوظيفي، ولكن يمتد المفهوم من مفهوم الحالة العادية للعضو أو الفرد إلى الحالة الطبيعية للعضو النمطي للجنس البشري. باعتبار نقاشنا مرة أخرى لمذهب الجوهر في الفصل (7)، فلهذه المقاربة ميزتها. اشتغل لويس بفكرة الجوهر حيث أقر بأن الخلل الوظيفي للعضو كان جوهريًا لمفاهيم المرض. ولكن دانيال يتجنب مثل هذه الألفاظ المتعلقة بمذهب الجوهر، وذلك بالرجوع إلى مقاربة علم الأنماط القائمة على السكان. هذا ويتخذ نوعًا من الجنس البشري ويتناول عضوًا نمطيًا منه، هذه المقاربة شبيهة بمقاربة النوع المثالي لماكس فيبر. ويصبح هذا نموذج العادي الخاص به، وهو ما ركز عليه هافنز. كما يعرف المرض ضد ما يعنيه نموذج العادي هذا. وبهذا التعريف، يتجنب دانيال العديد من نقاط الضعف التي تعاني منها المقاربات الأخرى التي نوقشت إلى حد الآن.

يواصل دانيال ليوسع هذا النقاش إلى المرض العقلي:

«إن إضافة المرض العقلي والصحة إلى الصورة أمر يجب علينا فعله، رغم أنه سيعقِّد المشكلة أكثر. فلدينا نظرية دون المستوى الجيد لوظائف الجنس البشري العقلية النمطية، والتنظيم الوظيفي. ويقتضي النموذج البيو طبي بشكل صريح، أن بإمكاننا أن نقدم هذه الصياغة الناقصة، وأن الجزء المنطقي لما نفترض أنه الباثولوجيا النفسية سيظهر كأمراض داخل النموذج» (دانيال 1985، 29).

وبالتالي، يعرف دانيال المرض العقلي والبدني، رغم إقراره بالحاجة إلى تركيز هذا التعريف على دليل لقاعدة بيولوجية للمرض العقلي. فيستنتج بالموافقة مع نقد لويس لتعريف الصحة العامة من قبل منظمة الصحة العالمية.

«للنموذج البيو طبي خصائص مثيرة للجدل. أولًا، يؤكد البعض أنها تعرف الصحة بشكل موجز كغياب المرض. وفي المقابل، فالبعض يرى، ومنهم منظمة الصحة العالمية، الصحة كمستوى راق من الرفاه. ولكن الصحة ليست السعادة، والخلط بينهما يزيد من تدخل الفلسفة الاجتماعية في الطب. كما لا يعني الرأي البيو طبي الضيق للمرض أننا علينا أن نتجاهل علم أسبابه من الناحية الاجتماعية» (1985، 29).

إلى حد الآن، يبدو أن رأي دانيال يتخذ خطوات لحل الصراع بين لويس وهافنز، وذلك بالنظر إلى المرض العقلي من زاوية طبية بالأساس. ومع ذلك لم يعرض المزاعم الأخلاقية لـ بليغرنو وتوماسما وفالفورد. وليس لأنه غير واع بهذه المزاعم:

تستوجب بعض الأشكال المحضة للنموذج البيو طبي فرضية أعمق، باعتبار أن التنظيم الوظيفي للجنس البشري العادي يمكن أن يتخذ صفات دون استحضار الأحكام القيمية. ويتحول الخلاف هنا إلى القضايا الصعبة لفلسفة البيولوجيا. هذا ولا يتحول نقاشي إلى هذا الزعم القوي والعميق في اللا قياسية التي قدمها بعض المناصرين للنموذج البيو طبي. إنه لمن الكافي لأهدافي أن الخط الفاصل بين المرض وغياب المرض في المجرى العام للحالات، غير مثير للجدل وممكن التثبت منه من خلال المناهج المقبولة عمومًا، مثل تلك التي تنتمي إلى العلوم البيو طبية. ولن يكون مثيرًا للإشكال إذا احتسب ما صنف مرضًا كمتعلق ببعض خصائص الأدوار الاجتماعية في مجتمع ما، وبالتالي لبعض الأحكام القياسية، بشرط أن يبقى مفهوم العمل الوظيفي العادي للجنس البشري سليم. (1985، 30)

كان المشروع الرئيسي لدانيال، الذي قادنا إليه هذا النقاش، فحص السياسة العمومية بخصوص التوفير العادل للعناية الصحية. هذا ويعتبر نقاشه مفيدًا، لهدفي المرسوم، في ربط خيوط نقاش سابق للصحة والمرض ولطبيعة المرض العقلي:

(6)

أعتقد أن نقاش دانيال قد دفع بالطريق إلى الأمام. ومثلما فعل لويس، ناقش دانيال ضد المفهوم العام للصحة. ومع ذلك، كحال هافنز، يركز مفهوم المرض على فهم الصحة. إذا وسعنا رأينا في المرض لندمج العمل الوظيفي العادي للجنس البشري، فسوف نركز عندها على تعريف ما هو عادي، عندما نتجنب الماهيات العامة والفضفاضة التي يخشاها لويس. فهناك شيء خلف تلك الخطوط يبدو في غاية الأهمية للطب النفسي، كما ناقشه هافنز، وهو هدف تقليص الوصمة. ليس مصادفة أن يفسر التشخيص والتصنيف في الطب النفسي في الغالب كـ«تسمية» مجردة من الإنسانية. يتجه التشخيص الطب نفسي في هذا الاتجاه، لأن مجال الطب النفسي فشل في إدراك أهمية تعريف المرض حسب مفهوم الصحة، كما ألمح لذلك هافنز.

يمكننا كذلك أن نعترف بعنصر أخلاقي وتقييمي لمفاهيم المرض العقلي وللطب النفسي بصفة عامة، في الوقت الذي لا تختزل فيه حالة مفاهيم المرض العقلي أو الطب النفسي، مقارنة بمفاهيم المرض البدني أو الطب. تنتقد عملية الممارسة الطبية بالأحكام القيمية، كما استنتج بليغرنو وتوماسما، ونفس الشيء صحيح بالنسبة للطب النفسي. ومع ذلك، لا يعني تبني مثل هذه العناصر القياسية أننا لا بد أن نتراجع عن مفهوم الصحة والمرض، وفقًا للخطوط التي اقترحها دانيال. إن المهم في الأهداف التطبيقية، وعند الطبيب المعالج، والباحثين الذين يقدمون تعريفًا للتشخيص، هو التوافق المشترك. هذا ويعمل جميع الأطباء بالأحكام القيمية أثناء عملية التشخيص. وما دمنا نتفق جميعًا على كيفية للقيام بتلك الأحكام، ولماذا، وفي أي ظروف، فهناك مستوى كاف من التوافق المشترك للممارسة الطبية. وبشكل مشابه، تتضمن كل التشخيصات التي تقام لأهداف البحث أحكامًا قيمية؛ حيث إن الأحكام القيمية ترتكز على اعتبارات مشابهة، فلا يوجد فقدان خفي للأمانة. إن الاعتراف بأن هناك أحكامًا قيمية لا تبطل العملية بأكملها، لن يزيل أي ارتباط بين مفاهيم المرض والحقائق الخفية في العمليات البيولوجية التي ترتكز عليها. ولا تنفذ التشخيصات الطبية أو الطب نفسية إلى

الطبيعة على مستوى ارتباطاتها (انظر الفصل 7)، ومع ذلك، يمكن أن تكون ملائمة جدًا لفهم العالم الطبيعي.

(7)

استعملت كلمتي العلة (اعتلال الصحة) والمرض في غالب الأحيان بالتبادل على طول هذا الفصل. فمن المهم أن نذكر بأن الكلمتين غير متشابهتين في المعنى. ومن بين الكتاب الذين وقع ذكرهم إلى حد الآن، قدم فالفورد التمييز الأفضل فهو يرى العلة أساس المرض، حيث إن العلة منحدرة من تجربة فشل العمل، وهو فشل القيام بمهام الحياة اليومية. وتفهم العلة بمعنى مفاهيم المرض المطبقة على خصائص أنواع فشل العمل الظاهرة. كما يقترح الأنثروبولوجي والطبيب النفسي آرثر كلينمان (1988) مفهومًا متصلًا لهذه المفردات:

> **«تشير العلة إلى فهم المريض وتجربته وتعبيره وأسلوبه في التعايش مع الأعـراض، بينما يشير المرض إلى الطريقة التي يسبك بها الأطباء الممارسون العلة في إطار النماذج النظرية للباثولوجيا. وعليه، يعد التشخيص الطب نفسي تفسيرًا لتجربة شخص»(7).**

تبدو الاختلافات التي رسمها كلينمان مرتبطة بمفاهيم التجربة المعاشة على أساس وجهات النظر حول الصحة والمرض، كما دعا إليها أيضًا بيليجرينو وتوماسما. ويؤكد كلينمان، حاله حال فالفورد، أن المفاهيم المتعلقة بالمرض هي نماذج نظرية، بعيدة نوعًا ما، عن أسبابها في التجارب الواقعية المعاشة للشخص («فشل العمل» عند فالفورد). ومن المحتمل أن الكتّاب المشار إليهم في هذا الجزء من الكتاب سيتفقون على أن مفهوم المرض يتطلب إبعاد مستوى معين من التجريد بعيدًا عن العمليات الأصيلة، سواء تلك التي تختص بالخلل الوظيفي للأعضاء أو الوظيفة المختلة. إضافة إلى ذلك، يرمي كلينمان إلى التأكيد على التجارب الأكثر ذاتية، والتجارب الرئيسية للشخص، من خلال تعريف كلمة: «العلة» كمطابقة لهذه التجارب الذاتية. وتجدر الإشارة، إلى أن هذه المقاربة قد حققت شعبية دون منفعة. كما أن لها ميزة تذكير الطبيب بأن العلة ليست هي نفسها المرض، وأن تجربة المريض للمرض هي قضية مهمة.

(8)

أعتقد أن بإمكاني أن ألخص بعض النقاط المهمة من هذا الفصل. إن هذه التحليلات النقاشية فيما يخص الصحة والعلة، وخاصة المرض العقلي، تبرز فكرة أنني لا أفترض أن المرض العقلي ظاهرة بيو طبية ببساطة، دون ذكر المزيد حول هذه المشكلة. بالأحرى، هناك عناصر تقييمية واضحة لمفاهيم المرض العقلي. ولكن هذه الحقيقة لا تميز مبدئيًا المرض العقلي عن المرض العضوي، وهو كذلك مفهوم مليء بالأحكام القيمية.

هناك انحرافات واضحة في كيفية تعريف الصحة واعتلال الصحة (العلة) وعلاقة كل واحد منهما بالآخر. فأنا أميل في اتجاه الرأي بأنه من المهم تعريف المرض وفق معاني الصحة، أكثر من الاعتقاد السائد للمعنى المقابل. وكما اعتقد دانيال، أعتقد أن ذلك يمكن أن يكون بمنظور شامل حول الصحة، مثل ذلك المتعلق بوظيفة الكائن البشري العادية. ومثلما رمى إليه هافنز، أعتقد أن هذه المقاربة مهمة جدًا في مساعدتنا للجوء خلف الاختلافات حول أي من الحالات تمثل الأمراض العقلية، وأي منها لا تمثلها، وفي التقليل من تشويه وتجريد الروح الإنسانية من تطبيقات التشخيصات الطب نفسية.

إذا أقنعت القارئ بأن مفهوم المرض العقلي ليس بمجمله غير مثبت، وأن المنظور البيولوجي في شأنه مقبول، مفضيًا بذلك إلى جانب تقييمي، أستطيع الآن أن أوجه اهتمامي من السؤال ما إذا كان هناك شيء ما مثل المرض العقلي، إلى سؤال كيف يمكن أن نصنف المرض العقلي. فما طبيعة التشخيصات الطب نفسية، وكيف نصنفها ولأي غرض؟

الفصل الحادي عشر

الفوضى الخلَّاقة؟
تطور علم تصنيف الأمراض الطب نفسية

ستولد دراسات التصورات الضعيفة على الأرجح نتائج ضعيفة، ومع هذا، بالإمكان أن يكون علم المناهج علمًا متطورًا.

هيرمان فان براغ، 1999م

(1)

في القرن الثامن عشر كان هناك مرض عقلي واحد فقط: الجنون. كان تشخيص الجنون بشكل عام يشابه ما يعنيه الإكلينيكيون بكلمة الهواس أو ما يحال بالدارجة إلى «مجنون». وقد دل الجنون على أن المرضى يفقدون نوعًا ما، الصلة بالواقع، غالبًا بأوهام أو هلوسة أو بـ ميلانخوليا حادة أو حالات من النشوة. بالرغم من أن حالات الأعراض المرضية وصفت، وكانت لزمن طويل ترجع إلى الإغريق، ولم يعتبر الأطباء الذين عالجوا المرضى أنها تعكس أمراضًا أو تشخيصات مختلفة. فكانت الحالة العامة للجنون تطبق على الكل.

يعرف الأطباء المتخصصون في هذا النوع من المرضى بشكل واسع بعملهم في مستشفى الصحة العقلية، عادةً في المناطق الريفية. أما الفريق الآخر، مع تقدم القرن التاسع عشر، كان يمثل الأطباء الذين يعملون في المدن، يعالجون المرضى في منازلهم، في مكتب الطبيب، أو في العيادة. وباعتباره مثلًا معروفًا بين أطباء مستشفى الصحة العقلية، كان يطلق عليهم أحيانًا «أطباء الأمراض العقلية»، يمكن

أن نذكر فيليب بنال، الفرنسي المعروف بفك الأغلال عن المرضى المقيمين في مستشفى الصحة العقلية بعد الثورة الفرنسية في تسعينيات القرن الثامن عشر. قدم بنال «العلاج المعنوي»، وهو المفهوم الذي يعني أن الجنون كان مرضًا وأن المرضى يحتاجون المساعدة في شفائهم، لا عن طريق الأغلال والأدوية، ولكن عبر إحاطة هادئة ومريحة وفهم قيمة العناية والاهتمام. وتجدر الإشارة، بانتماء بنال إلى المدرسة الأبقراطية للعلاج، التي رأت العلاج الطبي كخدمة للطبيعة.

تسبب الطبيعة العلل الصحية، وهي التي تشفيها، حيث يتمثل عمل الطبيب، بمساعدة لا إعاقة الطبيعة في العملية. كان هذا الرأي المختلف من المدرسة الدخيلة في الطب، التي ركزت على العلاجات (أدوية، نزيف الدم، أنواع صبغ مختلفة) للأعراض. ويعتبر الأميركي الثوري، د. بنيامين راش، وهو أحد الموقعين على وثيقة إعلان الاستقلال، كمناصر للرأي المناهض للأبقراطية في الطب (قائمي 2002). (ومن سخرية القدر، يعتبر راش كمؤسس الطب النفسي الأميركي وهو منخرط في الرابطة الأميركية للطب النفسي). بالرغم من أن شخصيات مثل راش وبنال، وكلاهما كتب كتابات حول الجنون، يمكن أن يختلفا في كيفية معالجة المرض النفسي، إلا أنهما اتفقا على الرسم التخطيطي التشخيصي: تشخيص واحد وهو الجنون.

شاع هذا التصنيف البسيط للمرض، بأن علة الجنون واحدة، في الولايات المتحدة ومعظم أوروبا على مدى معظم القرن التاسع عشر. فكان الاستثناء أساسًا في فرنسا حيث انهمك أتباع بنال في جهد جهيد لتفكيك مفهوم الجنون إلى مكوناته المختلفة التي اعتبرت كتشخيصات طبية حقيقية. وبما أن نموذج المرض في الطب انتشر بشكل سريع في أواخر القرن التاسع عشر (متأثرًا باكتشاف البكتيريا وظهور المادية الداروينية)، وحدت المدارس الألمانية للطب النفسي بين المقاربة «التفكيكية» الفرنسية ومقاربة المرض الواحد «المتكتلة». فكان إميل كرابلين الموحد الرئيسي، برسم تخطيطه للمرضين العقليين الرئيسيين، الخرف المبكر (سمي لاحقًا بالفصام من قبل إيجن بلويلر) ومرض الهوس الاكتئابي (يطلق عليه كذلك المرض الوجداني من طرف بلويلر). كما يعارض البعض تقسيم كرابلين للجنون إلى نوعين،

ويؤيد هؤلاء النقَّاد نموذج «الهواس الواحد»، ويطلق عليها كذلك نموذج السلسلة المتصلة (ومن المعارضين في الوقت الحالي نجد تموثي كرو).

يصف أوبري لويس هذه الفترة:

أشار الطبيب النفسي الألماني هوتش إلى أن كرابلين قد أبعد ميلانخوليا من كونها مرضًا إلى صورة إكلينيكية. ولم يعد مثيرًا للإشكال ما إذا كان هناك مس أو ميلانخوليا، أو بظهور مرة واحدة في الحياة أو عديد من المرات، أو بأشكال غير منتظمة أو منتظمة، وسواء في سن مبكرة أو متأخرة، أو بهيمنة هذه الأعراض أو تلك فما زال يطلق عليه مرض جنون الهوس الاكتئابي. هذا وقد عارض هوتش وجهة النظر هذه على أسس نظرية وتطبيقية، وتابع أطروحته العامة أن الأمراض القابلة للتفريق بينها إكلينيكيًا ليست موجودة. كان تأثير هذه الآراء عظيمًا، وقدم كريبلين نفسه عام 1920 بتنازلات معتبرة. (1967، 92)

مع أواخر 1906، حينما كان كرابلين يكتسب قوة على الصعيد العالمي، كان أدولف ماير (1948) معارضًا لمقاربة كرابلين:

يدفع الشك في قيمة تشخيص المرض الكثيرين ليعتقدوا أنه إذا لم يكتمل التشخيص، سيضعهم ذلك في موقف لحل التساؤلات العالقة حول الحالة لا بالحقائق التي تقدمها والتي تعتبر بشكل طبيعي على ضوء المبادئ المرتكزة على التجريب وعلى التجارب الإكلينيكية بمجموعة ملموسة من الحالات، ولكن عبر نظام قواعد واستنتاجات لمعنى ماهيات المرض التي قُدمت مؤخرًا.

يجب أن نتصرف بناء على الحقائق، وإذا لم تشكل الحقائق تشخيصًا، يجب علينا أن نعمل بناء على الحقائق بغض النظر. أن نبدأ من الحقائق عند تشخيص اعتباطي، وأن نشتغل على أساس ذلك التشخيص المجرد، أي: الإجراء. فإن ذلك يؤدي إلى خداع الذات والالتباس. (154، 168)

في حين لم يؤكد كرابلين الميلانخوليا وركز على مرض الهوس الاكتئابي، اتجه ماير في اتجاه تأكيد الاكتئاب وهو اللفظ الذي أكده، ويظل تأكيد ماير أكثر تأثيرًا على تشخيصات المزاج في الولايات المتحدة حتى يومنا هذا.

> لو طبقنا لفظ الاكتئاب عوضًا عن ميلانخوليا على المجموعة برمتها، لدل ذلك بالضبط ما يعنى بلفظ ميلانخوليا. وفي مجموعة كبيرة من حالات الاكتئاب نميز عندئذ حالاتنا وفقا لعلم أسباب الأمراض، وعقدة الأعراض، وسيرورة المرض والنتائج. إلى جانب أنواع مرض الهوس الاكتئابي، والهواس المرتبط بالقلق، والهذيان الاكتئابي، وأنواع الهلوسة، وفترات اكتئابية للخرف المبكر، وأنواع الاكتئاب المرتبط بالأعراض، ستظهر أنواع من الاكتئاب لا يمكن التمييز بينها. (1948، 147)

انتشر علم تصنيف الأمراض لـ كرابلين بشكل سريع وسيطر على عالم الطب النفسي من ثمانينيات القرن التاسع عشر إلى ثلاثينيات القرن العشرين. وبظهور علم النفس التحليلي كنظرية جديدة ومؤثرة، حاله حال كعلاج، تلقّى التصنيف الكرابليني للأمراض ضربة قوية وضرب به عرض الحائط. وفي المقابل، اكتسبت آراء ماير مساندة أكبر، وعبر كارل منينجر عن الرأي العام بأن الطب النفسي الكرابليني كان أقرب إلى العدمية علاجيًا، بما أنه لم يقدم أي أمل للعلاج، وكان مجردًا من الطابع الإنساني: «قدم تطبيق كرابلين لمبدأ التنبؤ كمعيار تصنيفي للأمراض أداة أكثر عملية للإكلينيكي. وكان ارتباط التنبؤ القوي بالتشخيص، قد دفع بموقف جبري ودوغمائي لا يفضي إلى جهود علاجية صادقة ومتكاملة». (1967، 463)[1].

تتعارض العدمية العلاجية لـ كرابلين خصوصًا مع كل من التفاؤل الأميركي البراغماتي لماير والمزاعم العلاجية لمدرسة التحليل النفسي. مثلما ذهب إليه كارل ياسبرز في وصف منزلة الطب النفسي الألماني في عصر كرابلين، «كنا معدومي الأمل علاجيًا ولكننا رحماء» ([1957] 1986، 5).

ومن أربعينيات القرن العشرين إلى حدود سبعينيات القرن العشرين، وخاصة في الولايات المتحدة (وبدرجة أقل في إنكلترا وبعض دول أخرى من أوروبا)، كانت هناك مراجعة خصوصًا لنموذج الجنون، باستثناء أنه أطلق عليه لفظ السلسلة المتصلة بين العصاب والهواس. إضافة إلى ذلك، وقع كل شخص، مريض أو غير

(1) تجدر الإشارة إلى أن مانجير شعر في هذا الكتاب، وهو بكر كتابات مانجير في الطب النفسي، أن كرابلين استحق فقط إشارة في فهرس.

مريض، معلول أو سليم، في تلك السلسلة. ولم تعتبر سنة المرض في الطب سنة محورية في الطب النفسي.

لكن، وفي خمسينيات القرن العشرين، بدأ تغير مهم بالظهور. فقد اخترع الـ كلوربرومازين (دواء مضاد للهواس) واختبر في مرض الفصام، والـ امبرامين وريزربين في الاكتئاب، والليثيوم في مرض المس. واستعملت هذه الأدوية بشكل متزايد وثبت جدواها في المحاولات الإكلينيكية السريرية في ستينيات القرن العشرين. وأفضت مشكلة عملية كبيرة في السبعينات إلى إعادة النظر في الإجماع الفرويدي على نموذج ثنائية العصاب والهواس. هذا واعتبرت ولادة الفارماكولوجيا النفسية أن تخطيط كرابلين بدا مجديًا جدًا للعلاج الدوائي على الأقل.

وعندها بدأ «الكرابليون الجدد»، هؤلاء الباحثون الأميركيون الذين تأثروا بهذه العملية، بوضع علم تصنيف الأمراض لـ كرابلين تحت الاختبار بمناهج قياسية نفسية جديدة، وشرعوا في إثبات مصداقيتها وإفادتها. وفي الدراسة الأميركية البريطانية عام 1970، بين الباحثون أن الأطباء النفسيين الأميركيين شخّصوا كل حالة تقريبًا باعتبارها مرضًا «فصاميًا» في نيويورك، غير أن الأطباء النفسيين البريطانيين شخصوا حالات أقل واعتبروها مرضًا «فصاميًا» وشخصوا حالات أخرى كحالات مزاج أو قلق (كاندل وآخر غير محدد 1971). وتجدر الإشارة، إلى أن المقاربة الأميركية بدت عامة جدًا، وأشارت الأدوية الجديدة إلى أن العمل على اختلاف أدق للأمراض كان أمرًا مهمًا عمليًا.

وبالتالي، ظهرت ثورة الدليل التشخيصي والإحصائي: الطبعة الثالثة عام 1980. كان الدليل التشخيصي والإحصائي، إلى حد ما، محاولة جدية للرد على الانتقادات التي وجهت لعلم تصنيف الأمراض لـ كرابلين. لقد لخص جيرالد كليرمان، وهو مساهم رئيسي في تطوير الطب النفسي المعاصر، وهو الذي تدرب في عصر المدرسة التحليلية النفسية ولكنه ساعد في الدفع بالحركة في اتجاه الفارماكولوجيا النفسية، بأربعة مراجع نقدية متكونة من آراء كرابلين[1].

(1) ربما كان جيرالد كليرمان المصدر الفكري الرئيسي وراء التغيرات التي عرفها علم أسباب الأمراض الأميركي مع الدليل التشخيصي والإحصائي المراجعة الثالثة، وأعتقد أنه على المستوى التطبيقي كان =

أولًا، شعر بعض المعارضين لـ كرابلين أن الطب النفسي لم يكن جزءًا مشروعًا من الطب. ويعد توماس زاس معارضًا حديثًا لهذا الرأي، الذي أقر بعدم وجود أمراض عقلية. وبشكل واضح، إذا لم يوجد شيء من قبيل مرض عقلي «حقيقي»، يكون عندها علم تصنيف الأمراض غير ضروري. هذا وناقشت حدود هذا الرأي في الفصل السابق. أما ثانيًا، انتقد البعض علم تصنيف الأمراض لكونه لا يمكن الاعتماد عليه حيث لم يتمكن الأطباء النفسيون من الاتفاق على التشخيصات، وإن اتفقوا، لا يمكنهم أن يطبقوها على نفس المرضى. وزعم كليرمان أن الدليل التشخيصي والإحصائي: الطبعة الثالثة قد ثبت هذه المشكلة. أما ثالثًا، فقد عبر البعض، مثل ماير ومانيجر، عن قلقهم إزاء النتائج الاجتماعية والسيكولوجية لعملية التشخيص، خصوصًا مع كونها ناقدة لكيفية التجرد من الروح الإنسانية التي تستخدم في التشخيص. ومع ذلك، كما سأؤكد أيضًا لاحقًا، قد يقيم معارضو الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة الحجة بشكل مثبت، بأنهم لم يقترحوا عملية تشخيص، بل طريقة تنظيم لمفاهيمنا في خاتمة عملية التشخيص. ليس بالضرورة أن تكون التشخيصات رموزًا، فهي فقط رموز إن أسيء استعمالها بشكل اختزالي. وعليه، يعدُّ هذا نقدًا لمقاربة مغالية لعلم تصنيف الأمراض أكثر من كونها نقدًا لجدوى هذا العلم إن صح القول. وأما النقد الرابع فيأتي من هؤلاء، وهم في غالب الأحيان علماء نفس تجريبيون، الذين رأوا المقاربة التصنيفية الكاملة التي تؤسس علم تصنيف الأمراض لـ كرابلين بكونها متعصبة برأيها الخاطئ. فيتقبل هؤلاء الأفراد حقيقة المرض العقلي وكذلك الحاجة للتشخيص، ولكن يقيمون حجة بأن مثل هكذا تشخيص لا بد أن يستعمل الأبعاد لا الأصناف. يبدو أن كليرمان يرى هذا كجدال تجريبي داخل علم تصنيف الأمراض، وأنا أميل إلى موافقة هذا الاتجاه. فهناك رأي يقول بأن نموذجًا أحاديًا للهواس يتناسب مع الحقائق بشكل أكثر تلاؤمًا من تخطيطات كرابلين. والرأي الآخر، اقترح من قبل باحثين حديثي

= تعدديًا، وفي بعض كتاباته التاريخية يقدم وصفًا لمدارس الطب النفسي بطريقة تشبه طريقة هافنر، غير أن عمله كان تجريبيًا وإكلينيكيًا بشكل أكثر مما يبدو عليه عمل هافنر أو ماكهاي وسلافني، ولكن ارى أن عمل كليرمان أشرف عليه بنفس التفكير التعددي. وباعتباره باحثًا وقائدًا سياسيًا نشطًا، كان لـ كليرمان قدر كبير من التأثير الحقيقي نحو الأفضل، نحو طب نفسي متعدد الأوجه، وعلى أية حال، لم يقدم كليرمان وتلامذته بالشكل الكافي المغزى المفاهيمي لهذه المقاربة (هيرشفالد 1994).

العهد سيناقشون لاحقًا في هذا الفصل، وهو برأيي أكثر انتقادًا، ومهم جدًا.

كان الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة إعادة ترميم أكثر من كونه ثورة، إذا ما عدنا إلى الإرث الكرابليني للطب النفسي..ويعتبر هذا التغير، إلى جانب ظهور الفارماكولوجيا النفسية، من طرف النقَّاد خطأ جسيمًا وقع فيه الطب النفسي. وفيما أرى هناك جوانب إيجابية وسلبية لإعادة ترميم/ ثورة الدليل التشخيصي والإحصائي ولكن لفهم تلك الجوانب، نحتاج إلى أن نكون على دراية بكيفية حصول هذا الترميم.

(2)

في عام 1982، أي بعد عامين من اعتماد الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة، نظمت الجمعية الأميركية للطب النفسي نقاشًا في تورنتو حول مشروعيته. وقد استحسن كليرمان الفكرة. وكذلك هو الشأن بالنسبة لروبرت سبيتزر، رئيس لجنة مناقشة الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة، الذي كان قد نظَّم المراجعة وكان من المحتمل أنه المختص الرئيسي في علم تصنيف الأمراض، الذي أفضى بالحركة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة ومراجعات لاحقة. أما في صف المعارضين فكان روبرت ميشال، أكاديمي ومحلل نفسي معروف، وكذلك جورج فيلان، باحث مشهور متدرب في مجال التحليل النفسي، الذي تخصص بالبحث في المفاهيم المرتبطة بالتحليل النفسي مثل الآليات الدفاعية.

تكلم كليرمان أولًا:

> **يمثل تقديم الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة نقطة مصيرية في تاريخ مهنة الطب النفسي الأميركي... وفي سنوات (1950 1954)، قام الطب النفسي بقرار مهم بخصوص مصيره عندما أصبح كلوربرومازين، وأدوية فارماكولوجية نفسية أخرى، متوفرة للتداوي بها. وفي فترات سابقة، حينما أصبح العلاج الفعَّال للاضطراب العقلي متوفرًا، توقف الأطباء النفسيون عن اهتمامهم بذلك الاضطراب، وتحولت المسؤولية**

إلى مهن أخرى... وعندما أصبح كلوربرومازين متوفرًا، نقض الطب النفسي الأميركي قاعدته وتقبل الفارماكولوجيا النفسية كميدان له، وإن كان بتناقض وتجاذب داخلي. (كليرمان وآخر غير محدد 1984، 539)[1].

إذن يقيم كليرمان الفكرة بأن الحافز الأساسي لتغيير تصور التشخيص في الطب النفسي عام 1980 كان تطور الفارماكولوجيا النفسية. سنرى أن القضايا المتعددة في علم تصنيف الأمراض ترجعنا إلى مربع خلاف الفلسفات الدوغمائية التي قدمناها في الفصل (1)، الفارماكولوجيا النفسية ضد العلاج النفسي، أو البيولوجيا ضد النماذج السيكو اجتماعية.

وبعدها يعرض كليرمان مزايا الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة:

أولًا: إنه يجسد مفهوم الاضطرابات المتعددة، مؤكدًا قبول الطب النفسي لنموذج المرض الطبي الحديث.

ثانيًا: ولأول مرة، وضعت لغة اصطلاحية رسمية مقاييس إجرائية مع مقاييس الاستثناء والتضمين... مرتكزة على الباثولوجيا النفسية الوصفية الواضحة أكثر من ارتكازها على علم أسباب الأمراض سواء كانت سيكو دينامية، أو اجتماعية، أو بيولوجية. ولا يمثل الاعتماد على المقاييس الوصفية أكثر من المقاييس السببية للأمراض، تخليًا عن المثالية في الطب العلمي الحديث وأن التصنيف والتشخيص يجب أن يتما وفقًا للسببية. ولكن يمثل بالأحرى طريقة نفعية للتعامل مع الحقيقة المفزعة بأن لأغلب الاضطرابات التي نعالجها الآن، هناك أدلة محدودة على أسبابها كأمراض.

أما ثالثًا: خضع الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة لاختبار مصداقيته. ولم يكن لممارسي الاختصاص الطبي أن شاركوا من قبل في اختبار أمانة لغتهم الاصطلاحية....

أما رابعًا: فقد قدم نظام متعدد المحاور لاستيعاب الجوانب المتنوعة للعالم الذي يعيش فيه مرضانا.

---

(1) كل هذه الأقوال المعروضة في هذا النقاش من هذا الفصل مأخوذة من هذا المصدر، وتعرف كل الأقوال اللاحقة برقم الصفحة.

وأما خامسًا: هناك شيء خفي وراء تأليف الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة. فالحاجة للتغيير والدافع للدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة قد اتضح. لا بد أن تحدد التغييرات التي تظهر في الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة نظرًا لحالة الدليل، أكثر من كونها إقرارات المعسكرات الأيديولوجية المتنافسة. (540)

إن القائمة التي أفادنا بها كليرمان قائمة ملهمة. وللتطرق إليها بإيجاز، يمكن القول إن الدليل التشخيصي والإحصائي التزم، بصورة نهائية، بأن الطب النفسي هو تخصص طبي. بما أننا لا نعرف أسباب الأمراض العقلية، ولا كيفية تعريفها بيقين، فعلينا أن نتخذ مقاربة واحدة، نعرفها بطريقة أمينة باتفاق الجميع، وبعدها نباشر البحث لإثبات وإقرار أو تغيير تلك المفاهيم التشخيصية، وفي نفس الوقت البحث عن الأسباب التي يمكن أن تكون متضمنة في النظام التشخيصي لاحقًا، إذا ما أثبتت تجريبيًا. يعد وصف مجرى التفكير الذي أدى إلى الدليل التشخيصي والإحصائي، كما أعتقد، دقيقاً ويمكن الدفاع عنه علميًا ولا يزال مقبولًا.

وجهت العديد من الانتقادات للدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة والرابعة. أعتقد أن هذا، بطريقة أو بأخرى، يعكس فقط الطبيعة البشرية. فلدينا العديد من الانتفاضات ضد الوضع الراهن، ولكن على النقّاد أن لا يغضوا النظر عن الحقائق الأساسية حول ثورة الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة. وعلى الرغم من وجود نقاط ضعفه التي سأعددها لاحقًا، ومع ذلك لا أغفل أن لهذا الدليل بعض المميزات المهمة.

ويواصل كليرمان قائلًا: «وباعتبار حل مشكلة الأمانة، يجب على المرء أن يقر بأن هناك مشكلتين لا حل لهما: مدى صدق المرضى ومميزاتهم الفردية. فلا تضمن الأمانة الصدق. ومع هذا كله، تعد الأمانة أساسًا ضروريًا لدعم صدق مختلف مراحل التشخيص» (541).

تعكس الأمانة ما إذا كان مختلف الأشخاص يمكن أن يتوافقوا على كيفية تعريف المتلازمة. كما يعكس الصدق فكرة ما إذا كان تعريف المتلازمة بدقة يمثل حقيقة ذلك المرض أو الحالة. ويبدو هذا النقد الأكثر شيوعًا والأكثر تبريرًا لنظام

الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة. ولكن يدَّعي مؤلفوه ببساطة أنهم لا يستطيعوا أن يقيموا الصدق بالاعتماد على حالة المعرفة، وبالتالي اتخذوا مقاربة متواضعة لا أدرية، معترفين بنقص معرفتهم فيما يخص علم أسباب المرض، وتابعوا على الأقل لوضع أسس الأمانة. وناقشوا أن القضية ليست الأمانة ضد الصدق، ولكن الأمانة قبل صدق (التشخيص). هذا ويقر كليرمان بالأساس أننا نحتاج إلى أن ننتظر بحثًا أكثر في أسباب الأمراض لنصبح جازمين.

قد يفهم القراء أنني قد بسطت الأرضية لكيفية التعامل مع هذه المشكلة في الفصول السابقة. ويعد مفهوم الأمانة صريحًا، ولكن مفهوم الصدق يعد نوعًا ما، ضبابيًا. إنه افتراض أبستمولوجي. فهل «يتوافق» علم تصنيف الأمراض مع مرض حقيقي بطريقة ما من شخص إلى آخر إذا كان صحيحًا؟ فهذا ليس بأمر يمكن للمرء أن يفترضه. ويعتبر بالأحرى مشكلة شائكة للأبستمولوجيا التي يواصل الفلاسفة الصراع معها. ولأنها لم توضع تحت محك الفحص، يبدو أن مفهوم الصدق يتقبل فكرة أن الدراسات العلمية في تصنيف الأمراض «تحفر في أسرار الطبيعة كل ما يرتبط بها»، ويعد هذا الافتراض الذي حاولت أن أبينه في الفصل (7) غير ذي فائدة.

وفي أفضل الحالات، تعد دراسات تصنيف الأمراض شيئًا يتمحور حول نظام الجنس البشري، تصنيفات لمجموعات لها نقاط تشابه في العديد من القضايا، ولكن بتباينات فردية كذلك. فخير ما يجسد هذا هو المفهوم الداروينى للأجناس الحية كما يجسده مفهوم النوع المثالي لـ فيبر (انظر: الفصل 12). إضافة إلى ذلك، يعد التخطيط التشخيصي البراديغما المثالي للأجناس الحية. فليس الأمر صوابًا أو خطأ بمعنى بوبر، ولكنه تقريبًا صواب أو خطأ بمعنى بيرس (انظر إلى الفصلين 4 و6). كما شملت الاختلافات في هذا الموضوع الافتراضات غير المختبرة، أو أنواع الالتزام في الأبستمولوجيا أو فلسفة العلم.

يطرح كليرمان مسألة فرادة أمراض الأفراد بشكل جيد:

> **كان معظم الأطباء النفسيين الأميركيين المتدربين في المدرسة المايرية مترددين بالاعتماد على الاختلافات التشخيصية لتنوع القيم الإنسانية. إضافة إلى ذلك، باتخاذ القرارات الإكلينيكية في شأن المرضى، هل**

يعد التشخيص-أمينًا أم لا، صادقًا أم لا بمقياس واحد في اتخاذ القرار. فالتشخيص وحده غير كاف لتعليل اتخاذ القرار برمته، كما أن القيم الأخرى للفرد مهمة في السياق الإكلينيكي. ولا يوجد نظام تشخيصي يمكن أن يحيط بكل هذه القيم المتعددة. ويمثل خلق نظام متعدد المحاور، محاولة جديدة لفهم التجربة الإكلينيكية. إضافة إلى ذلك، في التحقيق العلمي في الطب والطب النفسي، فإن وحدة التحقيق هي الاضطراب، بينما للممارسة الإكلينيكية فالوحدة هي الفرد.(541)

لقد أعطى ماير نفس النقد بالضبط لعلم تصنيف الأمراض لـ كرابلين، النقد الذي قدمه كثيرون للدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة. ولا نزال نسمع هذا النقد حتى اليوم. كما أوضح نقد كليرمان أن مؤلفي الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة لم يكونوا غير واعين بهذه المشكلة الجوهرية. فهو يميز بين التشخيص واتخاذ القرار. كما يقول إن التشخيص ضروري، ولكنه غير كاف لاتخاذ القرار. وتجدر الإشارة، إلى أن ما أطلق عليه الماركسيون القدامى نسخة «وضيعة» من فلسفة الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة قد تعتبر علم تصنيف الأمراض ضروريًا وكافيًا لاتخاذ القرار الإكلينيكي. أما الآن، فمعظم أخصائي الطب السريري (الإكلينيكيين) لا يقرون بهذا الافتراض، ولكن السؤال ما إذا كان الإكلينيكيون يتصرفون كذلك. بمعنى آخر، هل تحتوي الممارسة، بسياقاتها المتعددة، على ضبط قائمة للأعراض، والتشخيص، وبعدها وصف العلاج، دون أي اعتبارات أخرى؟ يبدو أن هذا سيحصل بشكل متواتر، ربما بشكل أكبر في عصر العناية المدارة عندما يؤدي ضغط الوقت إلى تركيز أقل على الاختلافات الفردية بين الأشخاص. فهيئات التأمين هم أتباع الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة، حيث تستهويهم قوائم الأمراض ويعشقون تطبيقها دون سابق معرفة بالشخص الذي وراء القائمة. ولكن لا يمكن للمرء أن يلوم مخترعي الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة على هذه المشكلة. هذا وظهرت العناية المدارة في وقت لاحق، ومع هذا كله، يمكن يقينًا أن يساء استعمال الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة في الوضع الاقتصادي الراهن في الولايات المتحدة الأميركية.

يمكن للمرء أن يميز بين مؤلفي الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة،

وهم أناس متضلعون في الميدان مثل كليرمان الذي قد فكر بوضوح في العديد من القضايا، وبين أشخاص ينقصهم التعمق والفهم ممن يطبقون الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة بتعسف. ويبدو هذا شبيهًا جدًا بتبرئة ماركس من أخطاء ستالين أو هتلر، أو اعتبار فرويد بريئًا من تجاوزات ورثته الأميركيين. إضافة إلى ذلك، صرح ماركس بشكل واضح محاولًا تطبيق نفس التمييز: «أنا لست ماركسيًا». ومع ذلك، قد يلاحظ القراء المتأنون أنني لم أترك مؤسسي الانتقائية البيوسيكو اجتماعية، مثل أنجل، خارج النقد على أسس متشابهة، فتجاوزات الأتباع تنعكس على السيد.

وللوعي بالمشكلة من طرف المؤلفين، يقدم علم تصنيف الأمراض في الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة نفسه على أن وظيفته تعتبر كنظام من المفردات مجردة للإنسانية، أكثر من كونه لغة اصطلاحية مركزة، والذي حذر منه ماير، ودافع عنه كليرمان. لكنني متعاطف مع كليرمان وسبيتزر وزملائهما. وإجمالًا، فقد أحسن الدليلان الطبعة الثالثة والرابعة أكثر مما أساءا. ولا يمكن أن يكون الأمر كذلك مع الماركسية، وإرث التحليل النفسي، أو، وهذا ما أخشاه، مع الخطأ الانتقائي.

تشير جملة كليرمان الأخيرة أعلاه إلى فكرة مهمة، سأعود إليها أسفله. حيث يلمّح أن البحث والممارسة الإكلينيكية قد تتطلب دراستين علميتين مختلفتين لتصنيف الأمـراض. أعتقد أن أحد الأسباب وراء وجود صراع كبير حول علم تصنيف الأمراض الحالي، يتمثل في أن كليرمان وسبيتزر وزملاءهما قد حاولوا الوصل بين هذين الهدفين في علم واحد لتصنيف الأمراض. ولكن التجربة الآن تفترض أننا قد نحتاج إلى علمين أو أكثر لتصنيف الأمراض (انظر أسفله).

يخلص كليرمان إلى فكرة متعددة الأوجـه، منسوبة تقريبًا حرفيًا إلى عمل لستون هافنز، الذي يعرفه جيدًا:

جزء من قوة الطب النفسي الأميركي هو وجـود العديد من المدارس المتنافسة: النفسية التحليلية، البينشخصية، السلوكية، البيولوجية، والوجودية. لم تكن هذه المدارس فقط نقطة قوتنا، ولكنها ساهمت في أوقـات معينة في ضعفنا. كما يبدو أننا نقضي وقتًا في الصراعات

الأيديولوجية أكثر من تقديم المعطيات. هذا الصراع مفارقة تاريخية بحد ذاته. أدعو زملائي إلى الإقرار بإنجازات الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة والانضمام معنا في جمع المعطيات على أساس علمي، لمراجعتها في الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة! (542)

تمثل الإشارة إلى مدارس الفكر المتعدد الأوجه أمرًا مشجعًا، وتلمح إلى أن كليرمان قد قرر مساندة الدليل التشخيصي الطبعة الثالثة لتصنيف الأمراض من قاعدة مفهومية متعددة الأوجه. أعتقد أن هذا قد يكون على الأرجح صحيحًا. ومع ذلك، زعم معارضوه في خضم الصراع، وخاصة ميشال، أنهم يدافعون عن تعددية الطب النفسي الأميركي وناقشوا أن الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة كان رأيًا أحادي الجانب هدد الآراء المتعددة الأوجه في الميدان. هذا ويتضمن نقد ميشال الخلط الشائع والخطير بين التعددية والانتقائية، كما سنرى لاحقًا..

(3)

رد المحلل النفسي روبرت ميشال بشكل قوي:

مهما حدث في هذا الخلاف، أرجو ألا نفقد كل ما له قيمة في الطب النفسي الأميركي الذي لا يتناسب في 300 صفحة من المقاييس الإجرائية. ولبناء علم لتصنيف الأمراض، يجب أولًا أن نقرر ما إذا كنا نريد أن نعرف ميدان النقاش كميدان يمكننا وصفه بدقة، أو الذي نعتقد أنه وثيق الصلة فقط. فالدليل التشخيصي والإحصائي يمثل الخيار الأول. فلو استخدم مقياس الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة عام 1850، لما أتينا بمفهوم الخرف المبكر أو الفصام عام 1950 حيث كانت الصياغة الأولى غير أمينة بالكامل. إن عدم تجانس مجال اهتمامنا يعد حجة قوية لضم، لا إقصاء، مجموعة من المفاهيم والأفكار عند تقديم علم تصنيف الأمراض. (548)

أعتبر هذه الفكرة لميشال هي الأكثر صدقًا، فهي فكرة عامة حول مذهب التجريب. إنها مسألة الدقة ضد وثاقة الصلة. وكما ذكرت في الفصل (4) بخصوص المنهج العلمي، فتعريف واحد يؤكد أنه يتضمن فرضيات يمكن اختبارها تجريبيًا. ومع ذلك، تعد بعض الفرضيات صعبة جدًا، إن لم نقل مستحيلة، لاختبارها تجريبيًا.

وتلك الفرضيات المرتبطة بالحالات الذاتية، كما في الطب النفسي خصوصًا، يصعب اختبارها موضوعيًا في العالم الخارجي. فما الذي ينبغي أن نقوم به مع هذه الحالات الذاتية والفرضيات التي تتضمنها؟ هل علينا فقط إقصاؤها من حقل الطب النفسي، أو ربما ضمها مع إنكار أن لها أي مصداقية علمية (أو الإقرار بأنها أحكام قيمية)؟ إذا أقصيناها، فنحن في خطر ابتداع ما يسميه ميشال «الطب النفسي غير القائم على العقل». وإذا لم نقل شيئًا أو قلنا القليل عن الحالات الذاتية، سيفقد الطب النفسي كحقل معرفي قدرًا كبيرًا من وثاقة الصلة بما يقوم به المرضى من تجارب، والتي من أجلها يريدون المساعدة: أعني حالاتهم الذاتية.

يبدو أن هذه العملية قد حدثت بالفعل مع تطور الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة في الولايات المتحدة. وبعد نقاش تورنتو بعشر سنوات، أقام الطبيب النفسي هيرمان فان براغ الحجة عام 1992 بأن رأي ميشال قد تحقق.

وحسب رأي فان براغ، أدى الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة إلى الموضوعية: «متانة التشخيص، والاهتمام بما هو واضح والمبالغة بالتبسيط» وواصل قائلًا:

> **لا يوفر الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة وأدوات القياس النفسي المعتمدة أكثر من تشخيص مرتجل، لا ينقصه فقط التفصيل والدقة، ولكن كذلك يتجاهل العناصر الأساسية للتشخيص الدقيق، وهي تلك العناصر الذاتية. فقد تكون اللوحة التي رسمها فارمير والتي انتزع منها درجات اللون الأزرق شبيهة بشخصية فارمير، ولكنها ليست فارمير. وعلى نحو مشابه، لا يقدم التشخيص المرتجل، الذي يحذف المكونات الذاتية المهمة، أكثر من تخطيط تشخيصي عام. كما لم يقل الاشتغال بالموضوعية على مدى سنين، بل بالعكس يبدو أنه قد ازداد. إضافة إلى ذلك، فإنه لا يعتبر بعد الآن مرحلة انتقالية في اتجاه تدقيق تشخيصي أكبر، ولكن كنقطة نهاية. هذا ولا تعتبر الذاتية منطقة تنتظر الغزو باستعمال مناهج تجريبية، بل أصبحت مرادفًا لغير الإجرائي، وغير القابل للقياس، وغير القابل للحصر كميًا - أي رمز للعلم الضعيف على أفضل الأحوال.**
> **(1992، 266)**

وبالرجوع إلى ميشال عام 1982، حينما حاول أن يفسر جذور هذه المشكلة في الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة:

خلط مصممو الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة بين مهمتين مختلفتين بالأساس. فإحدى المهمتين تقرر مضمون اللغة الاصطلاحية، وتحدد الأهداف، وتقدم سلّم المبادئ والقيم التي ستولدها. أما المهمة الأخرى فهي تنفيذ تلك الأهداف في لغة اصطلاحية معينة. إنها تقوم بعمل رائع لتنفيذ تلك الأهداف. وتنحدر المشكلة من طريقة اختيارهم للأهداف، فلم يضعوا أبدًا الأهداف التي تطلبها المهنة. لقد عملوا المهمتين كما لو كانت هذه الأهداف واضحة، وشرعوا في استبدال أهداف المجموعة الصغيرة وغير التمثيلية والذين كان لهم اهتمام بعلم المناهج وعلم تصنيف الأمراض، لأجل أهداف المهنة وقيمها ككل. وقد أشار مقال سابق إلى هذا الفريق كهيئة خفية. . صحيح إنه فريق ممتاز ومبدع. قدم إسهامات مهمة لتفكيرنا، ولكنه يمثل فقط طريقة واحدة من تفكيرنا. ويعدُّ الهدف من لغة اصطلاحية هو السماح للمهنة برمتها بأن تفكر، وتدرس، وتعالج، وتعمل كفريق واحد.(كليرمان وآخر غير محدد 1984، 548 549)

يقدم ميشال نقدًا انتقائيًا ومتعددًا لمنهج الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة. وطبعًا أوافق الفكرة العامة، ولكن من المحتمل أن يرد مصممو الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة مجددًا، بأن مقاربتهم ما هي إلا محاولة لضبط لغة اصطلاحية، ولكنها ليست المحاولة الوحيدة. ومع ذلك، ليس هناك شك بأن ترخيص النشر من الجمعية الأميركية للطب النفسي والاستخدام الاقتصادي للغة الاصطلاحية من أجل أهداف تأمينية، قد منح قوة مميزة للدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة، مقارنة بدراسات علمية أخرى في تصنيف الأمراض.

يستمر ميشال في إظهار الميول الانتقائية الواضحة:

«استند الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة إلى مذهب كرابليني مفرط، ليست كرابلينية جديدة، بل نسخة منه ربما تجعله بنفسه غير راض بما حدث. فالدليل أقل اهتمامًا بالمرضى كبشر، وأقل اهتمامًا بحياتهم وتجاربهم من كرابلين... يستعمل الطب النفسي المعاصر إطار

عمل بيوسيكو اجتماعي. بالرغم مما وقع إقراره بأن الدليل التشخيصي والإحصائي انعكاس لذلك الإطار البيوسيكو اجتماعي... فلا مجال افتراضيًا للنفس إلا في قالب المرض» (549).

من غير الواضح بالنسبة لي أن ميشال على صواب هنا، حيث يبدو أن لديه صيغة مثالية لـ كرابلين في ذهنه. وقد ضرب لفظ: «الكرابلينية المفرطة» وترًا حساسًا لا يبدو أنه غير منسجم مع بعض جوانب تطور الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة. في حقيقة الأمر، كما نوقش أعلاه، لم يكن كرابلين متبنيًا للمقاربة البيوسيكو اجتماعية، وكان ملتزمًا على الأقل بإطار العمل البيولوجي لفهم الأنواع الرئيسية للهواس. ومع ذلك، صحيح أن كرابلين الناضج كان لامًا للمقاربات أكثر من مصممي الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة. إضافة إلى ذلك، يبدو من الممكن كما صرح روبرت سبيتزر في رده، أن ذلك لم يكن ببساطة مشكلة اختيار من جهة اللجنة المشرفة على الدليل التشخيصي والإحصائي:

> تتمثل الحقيقة الأساسية في أننا لا نؤكد وجود دليل بأن الصنف التشخيصي كان موثوقًا قبل أن يضمن في التصنيف. في واقع الأمر، كان اهتمامنا الأساسي هو وثاقة الصلة بالجانب الإكلينيكي. كان المبدأ الذي شكلناه يتمثل هكذا: إذا اعتقد فريق من الإكلينيكيين أن الأعراض الإكلينيكية مهمة لعملهم بغض النظر عن رأيهم النظري في كيف تطورت الحالة نقول: «حسنًا، سنعمل معكم لنجعل ذلك الصنف دقيقًا من الناحية الوصفية قدر الإمكان، آملين أن يكون أمينًا، وسندرج ذلك الصنف في التصنيف». ماذا كانت ردة فعل هذا الفريق المدعو الكرابليني الجديد على تضمين هذه الأصناف في الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة؟ يعتقد الكثير منهم أن هذا كان خطأ كبيرًا. ومع ذلك، اقتنع الفريق الكرابليني وأعضاء المهمة الآخرون أن طبيعة الطب النفسي الأميركي التعددية تتطلب أن تكون هذه الأصناف في التصنيف. وكانت كذلك. (552)

يحاول سبيتزر أن يفسر الجوانب السياسية لتطور الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة. وفحص ديفيد هالي (1998، 235 237) العوامل السياسية ذات العلاقة، من بينها تشخيص الاكتئاب الجزئي، الذي انتقده فان براغ

(1993)، على سبيل المثال، ففي الغالب لا يمكن الاعتماد عليه بسبب تداخله مع حالات أخرى بشكل كبير. كما يقوم هالي بفكرة أن أكثر أعضاء اللجنة الكرابليين أرادوا أن يضم «الاكتئاب الرئيسي» فقط كتشخيص اكتئابي. ومع ذلك، بما أن مسودة الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة شهدت تقدمًا، أصبحت الفرق المهتمة بالتحليل النفسي منشغلة بأن تشخيصها المرتجل، الاكتئاب العصابي، لم يلتزم بالمقاييس الخاصة بالاكتئاب الرئيسي. فكان الاكتئاب الجزئي التوفيق الوسط الناتج عن كل ذلك. لا يمكن أن نتغافل عن هذه الجوانب السياسية للدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة. إضافة إلى ذلك، مهما كانت أماني اللجنة، لم تكن مسودتهم هي الدليل التشخيصي الإحصائي الطبعة الثالثة الذي نشر في النهاية. كان يجب أن تمر مسودتهم عبر لجان أخرى تابعة للجمعية الأميركية للطب النفسي، ثم يصوت لها من قبل الهيئة، ويحصل التغيير فيها. وبالتالي، يعد الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة، هو الوثيقة الناتجة عن جهود فريق التنفيذ بشكل جزئي، إضافة لكونه نتاج تسويات وسط مؤسساتية بين الفرق المهتمة بالمهمة في الطب النفسي. هذا وتفسر العملية بعض الأصناف المختلفة والمتداخلة التي قد يجدها المرء فيها.

ينتهي ميشال بالتصريح بقلق في شأن تأثير الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة على تدريس الطب النفسي:

> **وفي تدريس الطب النفسي يدرس المرء المفاهيم، وليس المقاييس. ونريد أن نعطي طلابنا فهمًا معينًا لصورة ضخمة. فما هي الصورة الضخمة التي يقدمها الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة، والنغمة التي تطلقها بعد انتهاء العرض؟ ما أزال أتذكر الفروق بين الهواس والعصاب واضطراب الشخصية التي تعلمتها في مدرسة الطب. فلم يكن الهدف لجعل الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة جيدًا قدر الإمكان، بل جعله ميسرًا لارتقاء الطب النفسي قدر الإمكان. (550)**

ورد سبيتزر كالتالي:

> **طرح الدكتور ميشال سؤالًا ما المقصود بالنغمة؟ ما الموضوع الذي يمكن أن يستنبطه الطالب من الدليل الطبعة الثالثة؟ يمكن أن يسيء الطلاب**

> استعمال أي شيء، وندرك يقينًا أن هناك خطرًا في أن الطالب القارئ للدليل الطبعة الثالثة، يمكن أن يعتقد أن ذلك هو الطب النفسي كله. ولكن يبدو لي أن هناك مواضيع ضمن الدليل الطبعة الثالثة لها وقع لا ينسى. ويتمثل أحد هذه المواضيع بأننا لا نعلم كل شيء عن هذه الاضطرابات، ونعلم أقل مما نتمنى أن نعلمه. وموضوع آخر أننا عندما نحدث بعضنا بعضًا، يجب أن نستعمل نفس اللغة بالطريقة التي نتواصل بها حقيقةً. لم يفعل الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الأولى والدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثانية ذلك بالشكل الجيد. إذن أعتقد أن هناك نغمة يتعلمها الطالب من الدليل الطبعة الثالثة، وهي نغمة سعيدة أيضًا. (553)

أنا متعاطف مع رد سبيتزر، ولكن لسوء الحظ يعتبر العديد من الأشخاص الدليل التشخيصي والإحصائي كـ«كتاب مقدس» في الطب النفسي، مع إجلال مشابه لذلك الذي يقتصر غالبًا على الوحي، بدلًا من مجموعة الفرضيات التي تؤكد حجم ما لا نعرفه، كما تمنى سبيتزر.

سأسمح بإنهاء نقد ميشال، حيث ينتهي بتلميح أصبح يقتبس:

> كان هناك خطأ قامت به هيئة مخفية أخرى منذ عقود، الهيئة المخفية المتكونة من أطباء نفسيين تابعين للتحليل النفسي. فلم يكن خطؤهم أنهم كانوا مهتمين بالعقل ووظائفه كان هذا مساهمة رائعة للطب النفسي الأميركي والعالمي. ولكن كان خطؤهم أنهم فشلوا في أن يكونوا مهتمين بالعوامل الاجتماعية والبيولوجية وكذلك السيكولوجية للمرض العقلي. لكن الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة لم يصحح ذلك الخطأ بل أعاده. لقد قادنا الدكتور سبيتزر وفريقه من الطب النفسي غير القائم على الدماغ في فترة خمسينيات القرن العشرين، إلى خطر الطب النفسي غير القائم على العقل في ثمانينات القرن العشرين. ونحن ننتظر الاندماج. (550 551)

يدور ميشال حول بعض الألفاظ التي جمعتها في الفصل الأول من هذا الكتاب مثل مناهج الطب النفسي. فتتمثل قوة نقد ميشال في أن الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة اختزالي، فهو ليس انتقائيًا بالشكل الكافي، وأكثر من ذلك، أن الطب النفسي احتاج إلى اندماج المقاربات التحليلية النفسية والمقاربات

البيولوجية/ الكرابلينية. كان الحافز الأساسي لرد سبيتزر أن الدليل الإحصائي الطبعة الثالثة كان بالفعل انتقائيًا بالشكل الكافي، وأنه مثَّل اندماجًا عمليًا لمختلف المقاربات في الطب النفسي. رغم أن كليهما استعملا كلمة: «تعددي»، لم يعنَ أي منهما بالتعريف التي أوردته للتعددية في هذا الكتاب (أو المنسوب إلى ياسبرز، هافنز، أو ماكهاي وسلافني).

في واقع الأمر، كان الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة انتقائيًا في مساعيه ومضمونه، ودعم الانتقائية البيوسيكو اجتماعية التي أصبحت جزءًا من الطب النفسي الراهن. ومثلت انتقادات ميشال وفالان (اللذين ناقشا أن الدليل الطبعة الثالثة كان «محدود الطرح»، واختزاليا»، وثابتا» [542 544]) تمنيت حقيقةً لو كان الدليل الطبعة الثالثة أقل عرضةً للمقاربات البيولوجية في الطب النفسي. ويبدو لي، بأنه كان أساسًا ردة فعل عكسية للقوى التحليلية النفسية في المهنة. ومع ذلك، تبدو بعض توقعاتهم النقدية قد تحققت، إلى درجة أن الدليل الطبعة الثالثة قد تطور، فقد فعل ذلك بشكل اختزالي ببعض الطرق التي تعتبر مضرة. ونتيجة لذلك، هناك خواص ثلاث لتطور علم تصنيف الأمراض الحالي: أولًا، كان قويًا ومحددًا كمقاربة تجريبية للطب النفسي، مستخدمين ذلك المنهج بشكل جيد بالمعنى التعددي، كما هو الحال في تدقيق مفهوم الفصام مقارنةً بالدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثانية. ثانيًا، يعد أكثره (من المحتمل الأجزاء التي كانت أكثر انعكاسًا للتسوية السياسية) انتقائيًا للغاية، وأدى إلى التباس وعدم وجود هدف في المهنة. أما ثالثًا، فقد فسرت أجزاء أخرى منه بصفة اختزالية من طرف كثيرين غفلوا عن أن علم تصنيف الأمراض يعني أنه مساعد على الكشف أكثر من كونه عاكسًا للحقيقة، وهو عملية أكثر من كونه خلاصة عمل كامل.

يعد هذا التطور في علم تصنيف الأمراض الطب نفسية مظهرًا مهمًا للحالة الراهنة للطب النفسي، والآن سأعود إلى زوايا النظر الممثلة في هذا الموضوع من طرف مفكرين مميزين من أهل الاختصاص.

(4)

يعد كنيث كاندلر أحد من الباحثين البارعين والمميزين في الطب النفسي اليوم. وتعتبر مقالاته من بين المقالات الأكثر اقتباسًا في المهنة، ولها التأثير الأعمق على نقاش علم تصنيف الأمراض (كاندلر ووالش 1998، كاندلر 1990، كاندلر غلايزر، ومورغنشترن 1983). كاندلر هو طبيب نفسي، وقد كان إلى جانب زميله الطبيب الجيني لندن إيفز وآخرين، باحثًا متوقِّدًا في مجال علم الجينات الطب نفسية (إيفز، ايسنك، ومارتن 1989)[1]. وبسبب إسهاماته المهمة، يكن الجميع لكاندلر الاحترام في هذا المجال ويعتبر كمفكر عند الطب النفسي اليوم. ولهذا اللقب صلة للاحترام الذي يفرضه كنتيجة لعمله، وليس له أي منصب سياسي. وبالتالي، لم يكن من فراغ حينما نشر مقالًا رائعًا عام 1990 في **أرشيف الطب النفسي العام،** تحت عنوان: «في اتجاه علم تصنيف الأمراض الطب نفسية» كما ميز كاندلر بين مقاربتين أساسيتين لعلم تصنيف الأمراض في الطب النفسي في الماضي: «مبدأ المعلم الكبير» و«اتفاق الخبراء» (1990، 969). وقارن هاتين المقاربتين بما يتمناه أن يكون «علم تصنيف الأمراض على أساس علمي» في المستقبل. إضافة إلى ذلك، فقد هيمن مبدأ المعلم الكبير قبل الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة عام 1980. ففي البداية، كانت آراء كرابلين مهيمنة بسبب تأثيره الكبير، بيد أنه عوض بـ فرويد وماير. ومع الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة، استبدل اتفاق فريق من «الخبراء»، والباحثين، والمتخصصين في علم الوبائيات والقادة السياسيين الاعتماد على أيديولوجيا المعلم الكبير. هذا وكان لاتفاق الخبراء مزايا مقارنة بمبدأ المعلم الكبير، ولكنه هو الآخر ليس علمي. وبلفظ علمي، عني كاندلر أن علم تصنيف الأمراض يرتكز على «فرضيات يمكن اختبارها تجريبيًا» (970) (انظر الفصل 4).

يعد مقال كاندلر، دون الرجوع إلى ياسبرز أو تبني التعددية، مثالًا رائعًا للمقاربة

---

(1) لا بد أن أحيط القارئ علمًا بأن كاندلر وإيفز كانا أستاذي بدرجة أولى في مبحث الطب النفسي، حيث عرّفاني بعجائب البحث في الطب النفسي، ومنذ ذلك الوقت أنا مدين لهم بالشكر لما أتاحا لي من فرصة كي أكون تلميذهم منذ بداية مسيرتي الطبية.

التعددية للطب النفسي الحالي. واستمر يناقش نقاط قوة علم تصنيف الأمراض العلمي وحدوده، كما فعل ياسبرز. وتأتي نقاط القوة أولًا:

يقدم مفهوم علم تصنيف الأمـراض العلمي أمـلًا باتخاذ مقياس واحد واضح، يمكن أن يقيم تغيرات علـم تصنيف الأمـراض المقترحة. ثانيًا، يمكن أن يدعم علم تصنيف الأمـراض القائم على المعطيات التجريبية ضد التغيرات المتقلبة في «سنة» تصنيف الأمراض. وتتمثل الميزة الثالثة لعلم تصنيف الأمراض بأنه يجعلنا صادقين دائمًا، بمعنى، يجب أن يوضح تطبيق المبادئ العلمية على علم تصنيف الأمراض الطب-نفسي ما نعرفه وتحديد ما لا نعرفه. وبهذا، لا بد أن يمنحنا المنهج ثقة متنامية في تلك الجوانب التصنيفية للأمراض، حيث تعد معرفتنا غنية وتمنع أي نظر غير ناضج للأفكار في الجوانب التي تكون فيها المعرفة ضئيلة. (1990، 970)

وما يلي حدوده:

تتضمن هذه الحدود 1 الإقصاء المحتمل من عملية التصنيف للعرف التاريخي، والتجربة الإكلينيكية، وفضاءات الممارسة الطب نفسية، وهذا كله أقل عرضة للدراسة العلمية (العوامل النفسية). 2 عدم القابلية للمقاييس المعقّدة، وإن كان لها من الأمانة والصدق الحظ الأوفر، وذلك بسبب صعوبات تعلمها واستحضارها في الذاكرة. 3 - الحاجة إلى التغطية التشخيصية الكاملة، وبالتالي إلى الأصناف الفردية التي لا وجود ثابت لها. 4 - الحاجة إلى نظام تشخيصي يقدم الغايات التنظيمية التي لا صلة لها بالقضايا العلمية. (970)

رغم أن هذه حدود ذات أهمية، فهي بالأساس حدود عملية، وركز كاندلر على حدود أخرى «جوهرية» للمقاربة التجريبية لعلم تصنيف الأمراض الطب نفسي. فأولها هي مشكلة مفهوم صدق التشخيص. وزعم أنه في حالة عدم وجود اتفاق تجاه المفهوم أو «خاصيات تعريفية» للتشخيص، لا يمكن أن يحصل بعدها الاختبار التجريبي. على سبيل المثال، بما أن كرابلين يعتبر الخرف المبكر كمرض يتميز مساره أساسًا بانهيار مزمن، يمكن أن يكون مجرى المرض مؤكدًا رئيسيًا على صدق التشخيص. ومع ذلك، هذا المنطق دائري. ولو كان لشخص آخر رأي

مختلف في المرض، حيث لم يكن المسار التنازلي خاصية أساسية، لما كان مسار المرض مؤكدًا رئيسيًا على صدق التشخيص. فيناقش كاندلر عدم وجود أي طريقة لاختبار هذا السؤال تجريبيًا:

«وبناء عليه، يتمثل حد مهم لعلم تصنيف الأمراض بأنه لا يمكن أن يعكس صدق الاضطراب الطب نفسي، حيث هناك عدم اتفاق حول مفهومه الخاص به. ومعنى ذلك، يمكن أن توفر المعطيات جوابًا فقط إذا كان هناك اتفاق حول طبيعة السؤال. لا يمكن للمعطيات التجريبية أن تحدد أيًا من هذين المفهومين هو الأفضل، لأن هذا القرار هو بالأساس حكم قيمي على أي المفهومين للاضطراب أكثر قابلية من الناحية المفهومية» (970 ـ 971).

يتجه خط التفكير في مقال كاندلر بتروٍّ إلى هذه الفكرة، ولكن لسوء الحظ، أخشى أن كاندلر قد ارتكب الخطأ الجوهري هنا (انظر الفصل 7). فهو يرى أن التشخيصات تتضمن مميزات جوهرية، وإن اختلفنا حول تلك المميزات الجوهرية، فإنه لا يكترث إلى تلك الاختلافات. فعندها تختصر الأشياء في اعتقادات جمالية «مقبولة» وشخصية «الحكم القيمي» (1990، 972). والآن، تعد الأحكام القيمية مضمنة في علم تصنيف الأمراض، دون شك، كما ناقشنا ذلك في الفصل (10)، لأن الأخلاق متداخلة مع الممارسة الطبية بصفة عامة. إضافة إلى ذلك، لاستعمال كاندلر للفظ الأخلاقي والجمالي أسلوب يميز حاله ومقاله الخاص به، يبدو أنه جعل علم تصنيف الأمراض العلمي غير ممكن على الأرجح. طبعًا الكثير يركز على معنى لفظ علمي، هذا ما ناقشته بالتفصيل في الفصلين (4 و6). ولكن ما أريد أن أركز عليه هو مشكلة الجوهر، التي طفت على السطح من جديد الآن.

لا توجد حاجة للإقرار بأن أي مقاييس أو خصائص هي جوهرية لتعريف أي تشخيص. وتعتبر كل المقاييس لكل التشخيصات قابلة للتغيير وعرضة للدعم التجريبي أو الدحض بالمبدأ. وكما نوقش في خصوص الجنس البشري، لا تلتمس التشخيصات طبيعة مشتركة بكل ما يحيط بها، بل تمثل كوكبة من الأفراد بخصائص مختلفة. كما تعتبر التشخيصات مجموعات من هؤلاء الأفراد ولا تملك أي خصائص جوهرية أو غير متغيرة. فتملك هذه التشخيصات خصائص تعتبر تقريبًا مشتركة، ولا

أحد منها يعتبر جوهريًا، إلى درجة أن التشخيصات تمثل تمثلات كلاسيكية، فهي تعد ببساطة مفاهيم مجردة من الأنواع المثالية الحقيقية في تعابير ياسبرز (انظر الفصل 12)، وبالتالي فهي ليست ماهيات حقيقية.

إذن فمشكلة الاختلافات التي تحدث عنها كاندلر حول الخصائص الجوهرية ترتكز على خطأ أبستمولوجي، الخطأ الجوهري للتفكير، بأن هناك ما يدعى بخصائص جوهرية. فالأمر ليس هو نفسه في البيولوجيا وليس كذلك في الطب.

أعتقد أن حجة كاندلر يجب أن تطرح في شكل معدل يتعلق بمؤكدات صدق التشخيصات. وفي الطب العام، إنه من المقبول اليوم أن المؤكد الأساسي هو باثولوجيا الأنسجة، أو عينة مخبرية مشابهة (نمو بكتيري، على سبيل المثال). يمكن المرء أن يقيم الحجة أن هذا الاعتقاد، بأن باثولوجيا الأنسجة بكونها تأكيدًا على صدق التشخيص يلزم أن يتفق عليه قبل أن يقام أي تقييم تجريبي للتشخيصات الطبية. ولو اختلف الأطباء حول هذه الحقيقة، لكانت لنا مشكلة غير تجريبية في قلب علم تصنيف الأمراض الطبي، إلى جانب الخطوط التي يقترحها كاندلر. كما أناقش في الفصل (13)، قدم روبنز وقوز مقترحًا بأربعة مؤكدات أساسية لصدق التشخيص الطبي في غياب باثولوجيا الأنسجة: الأعراض، المسار، علم الجينات، والاستجابة العلاجية (أو علامات مخبرية أو بيولوجية). يمكن أن يقيم المرء حجة كاندلر: إذا لم يستطع الأطباء النفسيون أن يتفقوا، على سبيل المثال، على ما إذا كان علم الجينات أو مسار المرض مؤكدات على صدق التشخيص، فلا يمكن أن نستخدم المعطيات التجريبية التي جمعت في تلك المجالات لتقييم صدق تشخيص معين.

ومع ذلك، لم أجد حججًا قوية، سواء كانت منطقية أو مفهومية أو تجريبية، بأن هذه المؤكدات الأربعة على صدق التشخيص غير مفيدة. ويبدو أن أضعفها الاستجابة العلاجية، وفي حقيقة الأمر، يمكننا تجنب أو الحد من استعمال ذلك المؤكد دون فقدان مسار البحث عن المعلومات التجريبية، وذلك بالتركيز على المؤكدات الأخرى لعلم تصنيف الأمراض الطب نفسي العلمي. ولكن بصفة عامة، هذه المؤكدات مقبولة بشكل عام ومتوافقة مع الإرث الطبي والعلمي.

ليس السؤال المركزي، كما يبدو لي، عما هي المؤكدات الملائمة، بما أن هذه

المؤكدات تبدو معقولة ولكن، هل للمؤكدات نفس الاتجاه؟ إلى درجة أن المرء يحتاج في النموذج التعددي العام للطب النفسي أن يستعمل مناهج مختلفة بسبب حدودها الخاصة بها. إذن، يحتاج المرء أن يستعمل مؤكدات مختلفة بسبب طبيعة حدودها الخاصة، فليس منها ما هو مثالي. فالحل، هو أن يكون للمؤكدات نفس الاتجاه. كما يجب أن تتفق مع بعضها البعض لكي تقترح ماهية تشخيصية حقيقية لغرض بناء التخطيط لها.

وبالتالي، في حالة مرض الفصام، إن تعريف المرض كمرض بمجرى تنازلي، ثم استعمال معطيات المجرى لتأكيدها، هو بالفعل منطق دائري. ولكن إذا كان للمرء معطيات تتعلق بالجينات الحية والأعراض والعلاج تشير إلى نفس المجموعة من المرضى بتلك المقاييس أو بمقياس مجرى المرض، فيمكن أن يكون المفهوم الشامل أمينًا على الأرجح.

يدفعنا هذا إلى الحد التالي لعلم تصنيف الأمراض العلمي الذي يصفه كاندلر: «ماذا لو لم تتفق المؤكدات المختلفة؟» يشمل مثال كاندلر التعريفات المختلفة لأنواع الفصام، البعض منها تتوقع النتائج بشكل أفضل وبعضها الآخر يتوافق بشكل أفضل مع الدراسات الجينية. إذن، ما هي المقاييس الفضلى، تلك التي تتماشى مع النتائج أو تلك التي ترتبط بشكل أفضل مع علم الجينات؟ ورغم أن هذه المشكلة قد تكون صعبة، ولو حصلت، سأشير بأنها تمثل التعريفات التشخيصية التي لا تكون صادقة بشكل كاف. فحينما كان التشخيص صادقًا، سيكون احتمال عدم توافق المؤكدات أقل.

ينهي كاندلر بتعليق وجيز على لغز الأمانة والصدق التي أعيد النقاش فيها في مؤتمر تورنتو عام 1982. وسيتذكر القارئ أن نقّاد الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة (ميشال وفالان) ناقشوا أنه ضحى بالصدق لصالح الأمانة، وناقش مؤيدو الدليل الطبعة الثالثة (كليرمان وسبيتزر) أن الأمانة كانت الدعامة الأولى لصدق التشخيص. كما يعرج كاندلر على أن التركيز على الأمانة (مدى جدوى مؤثثات التشخيص)، التي تعطي أولوية لأكثر عوامل موضوعية في التشخيص، يعتبر كذلك حكمًا قيميًا. ومع ذلك، يبدو لي أن رأي كليرمان وسبيتزر كان منطقيًا.

كيف للمرء أن يعرف ما إذا كان شيء ما صادقًا، بالمعنى التجريبي، إذا لم يكن للمرء أن يستعمل المناهج العلمية التجريبية؟ تعني الأمانة ببساطة أن مختلف الملاحظين يتفقون على نفس الألفاظ حيث يبدو هذا ضرورةً قبل الخوض في أي بحث علمي. وقد تكون ملاحظة كاندلر أكثر وثاقة إذا فكرنا بتمييز ياسبرز بين الشرح السببي والفهم الحامل للمعنى. فنحن عندما ننشغل بمقاربات الشرح السببي، أعني الطب النفسي التجريبي، تكون الأمانة ضرورية. هذا ولا يمكن أن يتبين الصدق دون أمانة مسبقة. إضافة إلى ذلك، إذا انشغلنا بمحاولة فهم أفكار أو مشاعر مريض واحد بشكل يحمل معنى، تكون عندئذ الأمانة أقل أهمية وفي بعض الأحيان قد تكون غير ضرورية. كما ناقشت في الفصل (6)، لا يعني الفهم الحامل للمعنى أن تترك المناهج جانبًا بشكل كامل. وعوضًا عن ذلك، تعتبر المناهج التجريبية المعيارية أكثر صعوبة في التطبيق، وأكثر محدودية في الاستعمال، عندما نهتم بالفهم الحامل للمعنى. وبصفة عامة، الأمانة مهمة وضرورية دائمًا في المناهج الطب نفسية. وبالتالي، أعتقد أن أهمية الأمانة ليست فقط مجرد حكم قيمي بالمعنى الاعتباطي.

يستخلص كاندلر قوله بتعليق منطقي إلى جانب آراء ياسبرز:

لا بد لنا أن نحترس من المغالاة في التأثير المحتمل للعلم على علم تصنيف الأمراض. تعدُّ العديد من الأسئلة المهمة المتعلقة بتصنيف الأمراض في الطب النفسي غير تجريبية بالأساس. وبما أن الطب النفسي يرفع «شعار» علم تصنيف الأمراض العلمي، فيجب أن نهتم بألا نعدَّ أكثر مما نستطيع أن نعطي. لا بد ألا نتغافل بحماسنا عن الحدود الخاصة بالمنهج التجريبي. فهناك خطر بأن هذه العملية ستسفر عن شبه علم، وفيه نرمي إلى أن نكون «موضوعيين» و«تجريبيين» بينما نصدر أحكامًا قيمية مبنية على معرفة. وتتمثل المشكلة بأن المنهج العلمي يمكن فقط أن يجيب عن الأسئلة «البسيطة». في المقابل، نحتاج في علم تصنيف الأمراض إلى أجوبة لـ «أسئلة معقدة». . في العديد من الحالات، لا يوفر نيل أجوبة للأسئلة البسيطة، أجوبة غير غامضة للأسئلة المعقَّدة. وقبل أن تطبق الأجوبة للأسئلة البسيطة على الأسئلة المعقَّدة، هناك خطوة مهمة في هذا السياق. فغالبًا ما تتطلب هذه الخطوة أجوبة لأنواع أخرى من الأسئلة التي تعتبر عادةً غير تجريبية. (1990، 972)

يعد الحذر المنهجي الذي توخاه كاندلر جديرًا بالثناء ومحفوظًا مع جزء كبير من نقاشي في الفصول السابقة. رغم ذلك، كما فسرت أعلاه، لا تبدو لي القضايا المخصوصة التي يثيرها غير تجريبية أساسًا. كما يبدو أن تأكيد كاندلر على تطبيق المنهج العلمي على «الأسئلة البسيطة» يعكس تأثير بوبر، وهو الشك إزاء النظريات الكبرى. إضافة إلى ذلك، قد تسلّط النظرية الداروينية في البيولوجيا، وكذلك النظريات الكبرى في الفيزياء ومجالات أخرى، تنبيهًا مبالغًا فيه على هذا الموضوع. وتؤكد مقاربة بيرس كيف للتوافق أن يكتسب بشكل متدرج تجريبيًا، ليس بكيفية مطلقة لتأكيده، ولكن بشكل كاف.

(5)

والمفكر المهم الآخر فيما يخص علم تصنيف الأمراض الطب نفسية، هو الطبيب النفسي هيرمان فان براغ. كان فان براغ أحد الأطباء النفسيين المتأخرين ذوي التوجه البيولوجي في ستينيات القرن العشرين، ولكن حينما رأى المجال يتوجه في الاتجاه البيولوجي في سبعينيات وثمانينيات القرن العشرين، حذر بقوة ضد تجاوزات معينة وأفكار خاطئة (خاصة في كتابه عام 1993 «**صنع الاعتقادات في الطب النفسي** (Make Believes in Psychiatry} 1993]». تنحدر اهتمامات فان براغ من عدد قليل من الملاحظات. أولًا، يشير إلى أن البحث البيولوجي في الطب النفسي لم يشهد تقدمًا كبيرًا. كما يرجع انعدام هذا التقدم إلى نقص في الاختصاص التشخيصي. وبمعنى آخر، لم نكن قادرين على التعرف على أسس بيولوجية واضحة للاضطرابات الطب نفسية، لأن تعريفاتنا للاضطرابات الطب نفسية المميزة غير ذات جدوى [1993]. ولاستعمال العبارة التي أكدتها في الفصل (7)، يقول فان براغ إنه بما أن بحثنا البيولوجي لا يجد الأسباب وراء التشخيصات المقترحة التي نعطيها، لا تلمس تلك التشخيصات الطبيعة بكل ما يحيط بها. كان فان براغ جدًا مهتمًا بهذه المشكلة، واقترح مقاربة بديلة لعلم تصنيف الأمراض في الطب النفسي التي سأناقشها لاحقًا.

إضافة إلى ذلك، سيلاحظ القرَّاء أن نقاشنا في الفصل (7) يسمح لنا أن نستنتج

أن مشكلة عدم الخوض في الطبيعة بكل ما يحيط بها ليست حكرًا على الطب النفسي، وأن ذلك لا يمثل في الحقيقة مشكلة كبيرة لعلم تصنيف الأمراض الطب نفسي. فهذا حال ما تكون عليه الأشياء، فتعريفات الأجناس الحية هي الأخرى لا تنبش في الطبيعة من كل ما يحيط بها. ومع ذلك، يمكن أن تكون تعريفات الجنس البشري، أو التشخيصات، تصورات دقيقة لحقائق الطبيعة، بكل روابطها وتبايناتها. بالرغم أنه من الممكن أن يكون فان براغ على صواب في إقراره بأن علم تصنيف الأمراض قد يكون غير صالح لسبب نقص الإثباتات البيولوجية الواضحة بشأنه، وأظن أنه غير صائب في إشارته إلى أن علم تصنيف الأمراض الحالي يجب أن يعتبر غير صالح بسبب هذه المشكلة.

تتمثل النتيجة في أن فان براغ هو بالأحرى غير راضٍ عما يسميه منهج «اختيار» التشخيص المستخدم في الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة وما بعده (فان براغ 1997). وفي هذه المقاربة، يحتاج المريض أن يكون له مقاييس (x و y) للمرض، وبالتالي قد يتوافق مريضان مع المقاييس لنفس التشخيص، بينما يصادفان نوعًا ما، مقاييس مختلفة. ويضيف براغ أن هذه المقاربة تقدم عدم تجانس كبير في التشخيص الطب نفسي، يجعل البحث البيولوجي صعبًا أكثر فأكثر (1996). فقد يكون له فكرة، ولكن تبدو بالنسبة لي غير واقعية، أن نعتقد بأننا يمكن أن نقوم بالتشخيصات ضمن مجموعات من المرضى دون أي تداخل. وبهذا الاعتقاد، أعتقد أن فان براغ ارتكب خطأ جوهريًا، باحثًا عن المقاييس الضرورية والتشخيصية فقط، بينما تعد الحقيقة البيولوجية غير ذلك (انظر الفصل 7). كما تقدم انتقادات متشابهة لعدم التجانس من طرف أطباء نفسيين جينيين، على نفس الأسس التي اقترحها فان براغ، ولكن أعتقد مجددًا أن مثل هذه الآراء يجب أن تفحص بكل ترو لكي نتجنب الافتراضات الجوهرية الواضحة.

سبق وأن ناقشت نقد براغ للمقاربة الموضوعية للطب النفسي، التي أتوافق معها بشكل كبير (فان براغ 1992). هناك الكثير عن آراء براغ في هذا الموضوع، من بينها نقاش كيف أن حصول الاختلافات قد يعكس ببساطة علمًا ضعيفًا لتصنيف الأمراض، علم يفشل في التمييز بين الحالات بشكل جيد. وكذلك، اخترع فان

براغ لفظ نزولوغومانيا (1992) لتأكيد مقاربة «الفصل» المتناولة في المراجعات المتعاقبة للدليل التشخيصي والإحصائي، بتشخيصات أكثر فأكثر تضاف إلى القائمة الطويلة. هذا ويشير إلى أن الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الأولى (1954) تضمن 106 تشخيصات، والدليل الطبعة الثانية (1968) 182 تشخيصًا، والدليل الطبعة الثالثة (1987) 292 تشخيصًا، أما الدليل الطبعة الرابعة (1994) 297 تشخيصًا. وسؤاله هو التالي: هل نحتاج فعلًا إلى 297 تشخيصًا في الطب النفسي. هل يمكننا أن نؤكد تشخيصًا أو تشخيصين، ناهيك عن 300 تشخيص؟

يجب أن يوضع نقد فان براغ لـ نزولوغومانيا في سياق مؤتمر تورنتو. سيلاحظ القراء أن الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة والإصدارات الأخيرة، رغم أنها زادت في عدد التشخيصات بشكل ملحوظ، لم تكن دراسات علمية لأسباب الأمراض التي تنحدر من منظور واحد فقط (مثل التوجه الكرابليني التجريبي الجديد). وتعد كل هذه الدراسات بالأحرى تسويات وسط تتأثر بالاعتبارات السياسية والإدارية، أو كما يؤكد كاندلر «أحكام قيمية». كما لا يستطيع المرء بالبرهنة التاريخية أن يحمل المسؤولية لـ نزولوغومانيا على المقاربة الكرابلينية للتشخيص الطب نفسي. وفي حقيقة الأمر، كما ناقشت أعلاه، أراد الكرابليون الجدد الذين اشتغلوا على الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة اتخاذ تشخيصات قليلة.

رمى النص التأسيسي التابع للكرابليين الجدد، والذي كتب من قبل قادة الحركة الكرابلينية الجديدة من جامعة واشنطن بسان لويس، **التشخيص الطبي** (غدوين وجوز [1974] 1989)، إلى وصف فقط تلك التشخيصات التي لها دعم تجريبي معتبر، وكان هذا النص مقتصرًا على فصول في المواضيع التالية في إصداره الأخير: الاضطرابات الوجدانية، الاضطرابات الفصامية، الاضطراب الهلعي، الهستيريا، الاضطراب الوسواسي القهري، الاضطراب الرهابي، تعاطي الكحول، الاعتماد على العقاقير، المرض الاجتماعي، متلازمة الدماغ، والقهم العصبي. هذه أحد عشر صنفًا تشخيصيًا. كما أشار الكاتبان، دونالد غدوين وصامويل جوز، إلى أنهما غير مهتمين بعدد أكثر من التشخيصات، بينما في نفس الوقت يبديان افتراضاتهما الكرابلينية: «يتخذ هذا الكتاب مكانة بأن حوالي اثنتي عشرة ماهية تشخيصية في

طب نفس البالغين وقعت دراستها بشكل كاف لتكون ذات أهمية. وباختيار هذه الأصناف، كانت القاعدة الأساسية: التشخيص هو التكهن. فهناك العديد من الأصناف التشخيصية في الطب النفسي، ولكن القليل منها يرتكز على الأدبيات الإكلينيكية، حيث تعرف الحالات بمقاييس صريحة، وتوفر الدراسات التكميلية دليلًا للتنبؤ. فليس كل مريض يمكن أن يشخص مرضه باستعمال الأصناف الموجودة بهذا الكتاب، لأنه، وكما نشعر، فإن كلمة: «غير مشخص» تناسبه أكثر من لفظ يتضمن بشكل غير صحيح معرفة أكثر مما هو موجود».

ليس لـ نزولوغومانيا الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة وتبعاته صلة بالأيديولوجيا الكرابلينية (في الواقع كان كرابلين الشاب «لامًا للمقاربات» أكثر من كونه «مفرقًا»)، ولكن بحقيقة أن مفاهيم الدليلَ التشخيصي والإحصائي تحاول أن تخدم العديد من الباحثين. فهي تستخدم الآن للبحث والدراسات البيولوجية وعلم الجينات وحفظ السجلات الإدارية وتأمين الدفوعات في القطاع الخاص، وكذلك الأوساط المدعومة من الحكومة. هذه إذن أهداف مختلفة ومتعددة.

للتوفيق بين هذه الأهـداف المختلفة، قد يكون من الأفضل الاعتماد على الدراسات العلمية لتصنيف الأمراض، وهذا ما يقترحه فان براغ حينما ينصح بنظام «التبويب الثنائي» لعلم تصنيف الأمراض الطب نفسي (1990). فالباب الأول هو نظام الدليل التشخيصي والإحصائي المعياري وهو نظام غير مجدي بشكل كاف للعديد من التشخيصات وغير مفيد بشكل كبير للبحث البيولوجي أو العلاج، ولكنه مفيد للحاجيات الإدارية والتأمينية «الاقتصادية» لدى الإكلينيكيين الممارسين. وقد يتضمن الباب الثاني ما يسميه فان براغ «الفارماكولوجيا النفسية الوظيفية». هذا ويشير فان براغ لعدم الترابط بين تشخيصات الدليل التشخيصي الإحصائي والنتائج البيولوجية. كما يعيد براغ ذكر بعض الأدلة التي تربط النتائج البيولوجية بالحالات الباثولوجية النفسية التي تدفع بتشخيصات مختلفة.

فعلى سبيل المثال، تعكس الحالة الباثولوجية النفسية للنسق غير المنتظم للقلق والاندفاع متلازمات اكتئابية عديدة، بالإضافة إلى الوضعيات الأخرى. كما ينتج عن الحالة الباثولوجية النفسية للنسق غير المنتظم للمزاج وليس للقلق والاندفاع،

تشخيص اكتئابي بأساس بيولوجي مختلف أكثر من التشخيصات الاكتئابية الأخرى.

لم تحظ آراء فان براغ بقبول شائع في الطب النفسي، ومع ذلك، يبدو لي أنها تنم عن إبداع صاحبها ولها إمكانيات كبيرة. ففي البحث المتعلق بالاضطراب ثنائي القطب، ترمي الدراسات البيولوجية، على سبيل المثال، إلى إيجاد قدر كبير من وثاقة صلة آليات التكرار (إمكانية المشاهد أن تعيد نفسها) والحالة الباثولوجية النفسية للدفعانية (سوان وآخر غير محدد 2002). إضافة إلى ذلك، قد تكون لهاتين الخاصيتين نتائج مهمة في البحث البيولوجي لاضطراب ثنائي القطب. كما يرتكز علم تصنيف الأمراض الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة على القطبية (هل المَسُّ دائمًا موجود أم لا؟). إذا أخذنا بعين الاعتبار الحالات الباثولوجية النفسية التي تعكس هذه التشخيصات، فيمكن أن نغير المفاهيم التشخيصية لكي تكون على توافق أكبر مع بيولوجية هذه الأمراض، وحتى لا نغير علم تصنيف الأمراض. قد يفيدنا أن نتخذ طريقة تفكير حول الأوضاع النفسية التي تأخذ بعين الاعتبار البيولوجيا الكامنة وراءها. والمثال الآخر هو الهواس، الحقيقة أن بيولوجيا المشهد الهواسي الآن مختلف اختلافًا بسيطًا في كثير من الحالات، سواء كان المشهد يظهر كجزء من مرض الفصام، أو اضطراب ثنائي القطب أو الاكتئاب الأحادي القطب أو ربما في حالات أخرى (مثال الهواس تحت تأثير العقاقير). وفي كل هذه الحالات، تتضمن النتائج البيولوجية، مثلًا، مستويات مرتفعة من هرمون كورتيزول في الدم والبول. فهل تعني هذه النتيجة أن كل الأمراض المتعلقة بالهواس يجب أن تصبح تشخيصًا موسعًا واحدًا (كرو 1990)؟ أو إذا أجزنا لأسباب أخرى التمييز بين مرض الفصام والاضطراب ثنائي القطب، ألن يكون من المنطقي أيضاً السماح بنقاط تشابه مرتبطة بيولوجيًا بالباثولوجيا النفسية لمرض الهواس؟

وبمعنى آخر، تتمثل النقاط التي يقيِّمُها فان براغ، والتي أتوافق معها، في (1) أن علينا أن ننتبه إلى الباثولوجيا النفسية (وروابطها البيولوجية) الكامنة وراء التشخيصات الطب نفسية و(2) لا يوجد سبب معين لمحاولة البقاء فقط بمقاربة واحدة لعلم تصنيف الأمراض الطب نفسي. وفي واقع الأمر، قد يكون للمقاربات المتعددة للأهداف المتنوعة معنى، ما دمنا على بيّنة من أمرنا، بينما يتمثل هدفنا

عندما نستخدم تشخيصًا معينًا. وتتوافق هذه المقاربة مع النموذج التعددي العام للطب النفسي الذي يتضمنها أيضًا، وهذا ما أدافع عنه في هذا الكتاب.

(6)

تتوافق نقاشات أخرى حديثة لعلم تصنيف الأمراض الطب نفسي مع بعض المواضيع التي ذكرتها للتو. وهناك اهتمام متزايد في علم جينات الجماعة الطب نفسي في تشكيل معالم «علم تصنيف الأمراض الجيني الطب نفسي» (تسونغ، فرون، وليونز 1993). وهذا يمكن أن يرتكز على النتائج الجينية ويمكن أن يدفع بالدراسات الجينية بأقصى ما يمكن. وبالتالي، يعتقد عمومًا أن هكذا علم لتصنيف الأمراض الجيني الطب نفسي قد يكون جد متجانس، محاولًا أن يجد جذور الأصناف التشخيصية لكي يزيد من قدرة الجينيين للتعرف على الجينات المعينة ومضاعفة تعيين جينات معينة لتلك الوضعيات.

قدم الطبيب النفسي أسان جبلانسكي مؤخرًا تحليلًا دقيقًا لهذه القضايا، الأمر الذي أعتقد أنه يؤكد الصلة الوثيقة لعلم تصنيف الأمراض المتعدد الأوجه (1999). ويبدأ جبلانسكي بتأكيد الأهداف المختلفة لعلم تصنيف الأمراض الطب نفسي. فمن جهة، نرمي إلى توضيح الأمراض، ومن جهة أخرى، نرمي إلى معالجة الناس. ولا يمكننا أن نتجاهل الحقيقة بأن الأعراض النفسية، المستعملة لتوضيح المرض، ترتكز على سلوكيات الأشخاص. وعليه، باتباع اقتراحات سابقة قدمها أسان مولر، يدافع جبلانسكي عن «نظام لتشخيص مضاعف، إحداهما مرتبط بأسباب المرض والآخر بالمتلازمة» (140). وهذا شبيه بمطالبة فان براغ (1990) ببابين للتشخيص، إحداهما إكلينيكي سريري والآخر بيولوجي، بالإضافة إلى المقترحات الحديثة لعلم تصنيف الأمراض الجيني الطب نفسي (تسونغ، فرون وليونز 1993). وبعد ذلك، يقدم جبلانسكي تشبيهًا رائعًا:

> **«من الممكن أن يوجد التشبيه الأقرب للتصنيفات الطب نفسية الحالية في ما يسمى التصنيفات الأصلية أو «الشعبية» للكائنات الحية (مثال الحيوانات في الثقافات التقليدية الريفية) أو أشياء مادية أخرى. كما لا**

> تتضمن التصنيفات «الشعبية» أصنافًا مطلقة مشتركة ولا تتخذ قاعدة وحيدة للترتيب الهرمي. يبدو أن هذه النظم الطبيعية ستعيد فائدتها إلى جانب التصنيفات العلمية الأكثر صرامة لأنها براغماتية ومتكيفة بشكل جيد مع حاجيات الحياة اليومية» (1999، 143).

سيلاحظ قراء الفصل (2) التشبيه بنقاشات علم النفس الشعبي وسط فلاسفة العقل. فيمكن أن يؤخذ الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة، وما بعده كضرب من علم النفس الشعبي، دون أن يكون بمعنى سلبي. وباستحضار المقولة التعددية الأساسية القائلة بأن كل المناهج لها حدود ونقاط قوة، كان لعلم تصنيف الأمراض في الدليل التشخيصي الإحصائي الطبعة الثالثة ميزة كونه علمًا شعبيًا لتصنيف الأمراض، وهو جد مفيد ومساعد براغماتيًا. ولم يثبت كمفيد للبحث البيولوجي أو الجيني. وبالتالي، قد تضفي التحويرات البديلة للدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة لأجل تلك الأهداف معنىً، بالتالي فإن التعديلات البديلة للدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة لهذه الأغراض ستكون منطقية دون السعي لاستبدال تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة الحالي، والذي له استعمالاته الإكلينيكية والإدارية الخاصة به[1].

(7)

ما سبب عدم الرضا عن الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة؟ وعدم الرضا عن تقديم الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة كذلك. بالرغم من أن كثيرين يعتقدون أن تقدمًا كبيرًا قد تحقق، إلا أن هناك شعور واضح بعدم الارتياح وسط الكثير من الإكلينيكيين إزاء نظام الدليل التشخيصي والإحصائي.

يقدم جبلانسكي مشكلةً أعتقد أنها تعكس اهتمامات العديد من الأشخاص:

(1) اقترح جون سادلر (التواصل الذاتي، 2002) أيضًا تشبيهًا مماثلاً، باعتبار الدليل التشخيصي والإحصائي المراجعة الرابعة مقارنة بألفاظ يطلقها البستاني على شتى أنواع الزهور والنباتات، بالتقابل مع اللغة الاصطلاحية لعلم النباتات، وهو ما يعتبر أكثر تفصيلاً وإفادة لأهداف علمية فيما يعد أقل إفادة بالنسبة للحاجيات العملية للبستاني، ومع ذلك، لا تعني هذه المقارنة، وهو ما أود تأكيده، الحط من قيمة الدليل التشخيصي والإحصائي المراجعة الرابعة، باعتباره علمًا شعبيًا خاصًا بأسباب الأمراض، ولكن بالأحرى، وعلى نحو تعددي، لبيان مواطن القوة ونقاط الضعف فيه.

مشكلة «التجسيد الواقعي». وتفسر مشكلة التجسيد الواقعي عبر محادثة حديثة كنت طرفًا فيها مع أطباء نفسيين في مقاطعة كويبك الكندية. كان هؤلاء الإكلينيكيون، الذين يفوقونني سنًا بجيل أو جيلين، يتكلمون الفرنسية ومتأثرين بالمدارس الفرنسية للطب النفسي بصورة بالغة. وقد درس البعض منهم في حقيقة الأمر في فرنسا في خمسينيات وستينات القرن العشرين أيام أوج عطاء مشاهير الأساتذة مثل هنري آي، وجون ديلي، وجاك لاكان. ويؤكد هؤلاء الإكلينيكيون الفرنسيون الكنديون دقَّة الانتباه للتفاصيل في الأعراض النفسية التي درسوها على أيدي هؤلاء الأساتذة. ويتضمن كتاب هنري آي على سبيل المثال، والذي لا أعتقد أنه قد ترجم إلى الإنكليزية، أوصافًا جد مفصلة للأعراض النفسية تمتد على 1015 صفحة. ومع ذلك، منذ تقديم الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة عام 1980، حسب الكنديين الفرنسيين، لا يدرس كتاب آي إلا عدد قليل من الأطباء النفسيين الجدد، حيث يعتمدون عوضًا عن ذلك بشكل كلي تقريبًا على أصناف وأوصاف الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة من أجل معرفتهم بعلم تصنيف الأمراض الطب نفسية. ولو دعينا مميزات كتاب آي أو عيوبه جانبًا، ستتضارب هذه الملاحظة مع نوايا مؤلفي الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة ومؤيديه، كما ذكره أعلاه. ولكن إذا لم يرد مناصرو الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة أن يحدث هذا التجسيد الواقعي، ولم يرد معارضو الدليل الطبعة الثالثة ذلك أيضًا، فلماذا حدث إذن؟

دعونا نعرف التجسيد الواقعي أولًا. ترجع الفكرة إلى كارل ماركس، وتحيل إلى معاملة الماهية كشيء عندما لا تكون في الحقيقة شيئًا. على سبيل المثال، يعاملني معرض الكتاب كشيء (كاتب أو قارئ)، رغم أنني لست ببساطة كاتبًا أو قارئًا. وفي حالة علم تصنيف الأمراض الطب نفسي، يعني التجسيد الواقعي أننا نعامل تشخيصاتنا كأشياء، كحقائق موضوعية يقع إثباتها. فلم يكن القصد أن يُنظر إلى الدليل الطبعة الثالثة بهذه الطريقة. والمقصود منه أن يمثل فرضيات، مثبتة وغير مثبتة، لكي تدرس أكثر وتعرف بعدها ويتم إثباتها أو تدحض. وعوضًا عن ذلك، كما كتب جبلانسكي، هناك «كساد للاهتمام الطبيعي في اكتشاف تباينات الظواهر

الإكلينيكية، ودراسة أنواع غريبة من الأمراض، أو وصف متلازمات جديدة» (1999، 142). ويتابع بعدها:

«من المؤكد أن الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة والتصنيف العالمي للأمراض والمشكلات المتعلقة بها في المراجعة العاشرة، لا تمثل تصنيفات بالمعنى الاعتيادي بحيث يطبق اللفظ في البيولوجيا. وأساسًا، تمثل هذه الأخيرة لغة اصطلاحية متنامية (مثال: قائمات أسماء للحالات أو السلوكيات، مستندة إلى قواعد مبينة، التي يجب أن تربط هذه الأسماء). وبهذه الصفة، تعتبر أدوات مفيدة للتواصل ويمكن أن تلعب دورًا مهمًا في بحث الطب نفسي، والإدارة الطبية، والتدريس. إضافة إلى ذلك، إنه لمن المهم ألا يفهم لا الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة ولا التصنيف العالمي للأمراض المراجعة العاشرة كنظام تام ومحكم من الماهيات التشخيصية المثبتة في الطب النفسي» (143). ومع ذلك، هذا يحدث. فالتجسيد الواقعي هو حقيقة في الممارسة الطب نفسية والبحث. وبما أنه لم يزعم أحد دعمه، فلم يكون هذا هو الحال؟

هناك سبب واحد يرتبط بمشكلة الأهداف المتعددة لعلم تصنيف الأمراض. وكباحث، قد أكون قابلًا على درجة كبيرة لأن أعتبر تشخيصات الدليل الطبعة الرابعة كـ«فرضيات»، قد تثبت بشكل أفضل أو لا تثبت في المستقبل. إضافة إلى ذلك، كمختص في الطب السريري (إكلينيكي)، قد أكون مهتمًا بالعلامة التشخيصية التي تسمح لي بأن أستفيد ماديًا من شركة تأمين، في حين قد تكون غير صالحة السنة المقبلة، يعني هذا أن نسبة كبيرة من مرضاي من الممكن ألا يكونوا قادرين على الدفع لعملي الإكلينيكي. والأرجح أنني سأبحث عن علامة تشخيصية أخرى يمكن أن تجعل دفع نفقاتي ممكنًا. فلو كنت موظفًا إداريًا في شركة تأمين، سأقلق لو سمعت أن الماهيات التي أدفع من أجلها المال كانت مجرد فرضيات، وأنها قد لا تكون حقيقية على الإطلاق. وأما كإداري بالمستشفى، إذا كان علي أن أفسر لمراقبي كيف يحصل قبول العديد من المرضى بتشخيصات متعددة وإعفائهم من الدفع كل سنة، ربما تجعل التغيرات المتتالية في العلامات التشخيصية عملي أكثر صعوبة ومعطياتي أكثر صعوبة لتفسيرها. وبناء عليه، حينما

تحصل التشخيصات لغاية دفع التأمين، ينصح بالتجسيد الواقعي.

ربما هناك سبب آخر، أكثر أهمية، حول ارتباط التجسيد الواقعي بأحد المواضيع الأساسية في هذا الكتاب: حيث استبدلت أيديولوجيا التحليل النفسي من قبل الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة، ولكن حل الوسط الانتقائي التابع لذلك لا يوفر قدوة كبيرة للمتدربين الجدد أو آخرين في حقل الطب النفسي. فيبحث الكثير من الإكلينيكيين، خاصة المتدربين الجدد، عن أيديولوجيا أخرى، وقد يكون الدليل الطبعة الثالثة المجسد واقعيًا هو تلك الأيديولوجيا. وما يحتاج أن يدركه هؤلاء الإكلينيكيون هو أن هناك بديلًا آخر، نموذج متعدد الأوجه للطب النفسي يقدم توجيهًا، مثله مثل الأيديولوجيات، ولكنه ذاته ليس بأيديولوجيا. وبما أن هذه المقاربة المتعددة الأوجه لا تفهم بشكل جيد في الطب النفسي، ونادرًا ما تستخدم، ينزلق الكثير من الإكلينيكيين في الدوغمائية. وربما يكون تجسيد الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة وما بعده هو أبرز مؤشر على إفلاس الانتقائية وعودة ظهور الدوغمائية.

ويمثل العامل الآخر، العامل الثقافي أهمية أيضًا، وليس من الصعب تطبيقه. ولم يكن محض صدفة على الأرجح أن يقترح الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة من طرف الجمعية الأميركية للطب النفسي، وأن هذا العلم استخدم عام 1980. وربما لم يحصل لعلم مماثل اقتُرح في أستراليا، أو آسيا الشرقية، أو أميركا اللاتينية مثل هذا التأثير. كانت العقود القليلة الماضية هي فترة السلم الأميركي سياسيًا، وأثرت الثقافة الأميركية في العالم دون شك، ليس فقط في أصناف الأفلام والملابس ولكن كذلك في العلم والطب. ولم يكن الطب النفسي في منأى عن هذا التأثير. هذا وأكد العديد من الإكلينيكيين، مثل أولئك الذين ذكرتهم في كوبيك، والذين تأثروا بالمدرسة الفرنسية، أن المقاربات الأميركية ذات جدوى بالأساس. وكانت تجربتي في الشرق الأوسط، وحتى في بلدان مثل إيران، حيث ينظر إلى الثقافة الأميركية بشكل متناقض، أن الآراء الأميركية في الطب والطب النفسي تؤخذ بشكل جدي للغاية. وتجدر الإشارة إلى أن الكتب المعيارية (مثل كتاب الطب النفسي **Textbook of Psychiatry** لكبلان وصادق

[صادق وصادق 2000]) تدرَّس تقريبًا بالتزام ديني، ويعتبر علم تصنيف الأمراض في الدليل التشخيصي والإحصائي الكلمة الأولى والأخيرة، التي لا بد أن تحفظ وتستخدم. حتى وإن لم يقصد علماء تصنيف الأمراض الأميركيون ذلك، أصبح الدليل الطبعة الثالثة وما بعده فعلًا نظامًا مجسدًا، عوضًا عن علم متغير.

(8)

وخلاصة القول، شكلت التغيرات التشخيصية التي أحدثها الدليل الطبعة الثالثة عام 1980، تقدمًا واسع النطاق على الفلسفات الدوغمائية التحليلية النفسية التي ظهرت في الماضي. ولكن، رغم هذا التقدم، لم تتطور المراجعات الأخرى للدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة، مع القدر الكبير المأمول من الإثبات التجريبي. كما لم يؤكد الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة والدراسات التي أعقبته، قدرته على إثبات قدر كبير من التقدم في البحث البيولوجي والجيني كما كان متوقعًا. وأخيرًا، تعد النتيجة المؤسفة لمزايا الدليل الطبعة الثالثة، وقبول مؤسسة الطب النفسي الأميركية لها، دلالة على أن الدليل الطبعة الرابعة أصبح مجسدًا واقعيًا من طرف العديد من الإكلينيكيين في العديد من البلدان ككلمة تشخيصية أخيرة، أكثر من كونها مجموعة من الفرضيات. وفي نفس الوقت، تضخم عدد التشخيصات الطب نفسية، ربما بسبب الأهداف المتعددة لمختلف الفرق التي تريد أن تستعمل علامة تشخيصية. أرى أن حدود علم تصنيف الأمراض الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة الحالي يمكن أن تتناول بارتباط أقوى، عبر نموذج متعدد الأوجه للطب النفسي (أكثر من مجرد محاولة أن يكون «غير نظري» انتقائيًا). فتعد الدراسات العلمية المتعددة لأهداف دلالة متعددة، منطقية، ويحتاج الإكلينيكيون والمبتدئون الجدد إلى أن يلقَّنوا بشكل دقيق لأجل أن يتعاملوا مع الدليل الطبعة الرابعة كمجموعة من الفرضيات القابلة للاختبار، نحن ندعو دائمًا للعمل في تطور، عوضًا عن نظام مغلق من الماهيات المثبتة. ولتأكيد هذه الفكرة الأخيرة، أعتقد أنه قد يكون مفيدًا أن نفكر في الأصناف الأولى للدليل الطبعة الرابعة كما سماها ياسبرز، متبعًا فيبر، الأنواع المثالية. هذا وسأفصل هذه الفكرة في الفصل القادم.

الفصل الثاني عشر

نظرية الدليل التشخيصي والإحصائي: الطبعة الرابعة الأنواع المثالية

يمثل الجنون الهواسي الاكتئابي، والخرف المبكِّر مجموعتين مهمتين جدًا من الحالات لـ كرابلين، حيث لا تستنزف المادة المقدمة نفسها. وتعدُّ أنواعه من أفضل ما استعمل كنماذج.

أدولف ماير، 1906م

(1)

يعتبر نظام الدليل التشخيصي والإحصائي في الطب النفسي مثالًا لفلسفة رجل قش مناسبة لكل جوانب النقاش التشخيصي. وحتى من خلال اسمه، يبدو الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة شبيه بنوع من مقاربة كتب الطبخ للبشر، التي تثير الرعشة في كامل السلسلة الفقرية المشتركة للإنسانية. لم يجب علينا تصنيف ثراء الإنسانية في هذه العناوين؟ وعلى أي أساس؟

من جهة المظهر الخارجي، تبدو المنظومة ككل مثيرة لتساؤل العديد من الملاحظين. فتجتمع لجنة من الأطباء النفسيين والبيروقراطيين والأكاديميين الذين ينتمون إلى جمعية (جمعية الطب النفسي الأميركية) وراء أبواب مغلقة، ثم يقررون ما هي الأعـراض وكـم عددها للتعريف بالتشخيصات المتنوعة. فالفصام وصف يطلق على شخص بعدد معين من الأعراض المتعلقة بالهواس. والاكتئاب هو تشخيص لشخص يظهر أربعة أعراض مزاج من مجموع ثمانية لمدة

أسبوعين، ويوصف المس إذا بدا على المريض ثلاثة أعراض من مجموع سبعة لمدة أسبوع. فلم تلك الأعداد من الأعراض؟ ولم فترات الزمن تلك؟ ولم تلك الأعراض المميزة؟

يظهر الشك في أوساط بعض النقّاد بأن العملية اعتباطية. فتتمثل الفكرة في أن هؤلاء الأعضاء من النخبة يعرفون المرض لأهدافهم الاجتماعية، الاقتصادية أو السياسية. ويبدو كل هذا مختلف جدًا عن الطب «الحقيقي» حيث يفترض أن يعرف المشرط والمجهر المرض، عوضًا عن لجنة أعضاؤها ينتمون إلى جمعية طبية.

تعتبر هذه الشكوك لا أصل لها، كما ناقشت في الفصل السابق، إلى درجة أنهم ارتكبوا المغالطة الجوهرية في علم تصنيف الأمراض الطب نفسي. فلا تختلف التشخيصات في الطب العام حقيقةً عن التشخيصات في الطب النفسي. وعليه، رغم أن هناك بعض الطرق حيث يكون نظام الدليل التشخيصي والإحصائي غير قابل للدفاع عنه، سأدافع عنه حسب الضرورة متوخيًا الدقة على درجة كبيرة، وبشكل علمي بالأساس. وسأفعل ذلك آخذًا بعين الاعتبار كونه محفوفًا بالنقائص والعيوب. إذ يبدو أن النقّاد اللاذعين يسيؤون فهم الهدف العام للدليل الطبعة الرابعة والحكمة الكامنة من ورائه.

وبداية، من المهم أن نوضح ما ليس من طبيعة نظام الدليل التشخيصي والإحصائي.

(2)

إن الدليل التشخيصي والإحصائي ليس منهجًا لاكتشاف الأمراض أو تصنيفها من وسط المرضى النفسيين. وقد ميز الطبيب النفسي مانفريد سبيتزر عبر هذه الفكرة بين «سياقات الاكتشاف» و«سياقات التبرير». وكما يشير، مقتبسًا العالم البريطاني بيتر ميداور، أن هذا تمييز قديم في الطب:

«أولًا، هناك فرق واضح بين أعمال العقل المتدخلة في الاكتشاف وفي الإثبات. ويعد العمل المولد أو الأساسي في الاكتشاف «اتخاذ الأفكار» أو اقتراح الفرضية. رغم أن المرء يستطيع أن يضع نفسه في الإطار الصحيح

للعقل لاتخاذ الأفكار ويمكن أن يدعم العملية، إلا أن العملية نفسها خارج المنطق ولا يمكنها تقديم موضوع القواعد المنطقية» (1994، 174).

ويتابع سبيتزر قوله:

بالإضافة إلى ذلك، المهم في العلم ليس الطريقة المميزة التي ينتهي العالم من خلالها إلى فرضية، بل ببساطة، هل هي فرضية صحيحة؟ وبمعنى آخر، ما يكون مهمًا هو تبرير الفرضية وليس اكتشافها. فالأدلة التشخيصية مهمة عندما يكون السؤال لماذا المريض «أ» يعاني من اضطراب «ب»، أي: عندما يكون الأمر متعلقًا بتبرير تشخيص، حيث تتوفر مجموعة من المقاييس الضرورية والكافية أساسًا للإجابة عن مثل هذه الأسئلة، ولا غنى عنها ما دام الطب علمًا. وعليه، فليست الإجابة المفيدة عن سؤال لماذا يعاني المريض «ج» من، مثلًا، الفصام، بأن الطبيب النفسي كان لديه شعور بحالة الخرف المبكر المميزة، ولكن (الإجابة) تتضمن بالأحرى قائمة من المقاييس تتماشى مع حالة المريض. وإنه لمدعاة للسخرية بنفس الدرجة أن نجيب عن السؤال، «كيف توصلنا إلى التشخيص الصحيح للفصام في هذا المريض؟ «بالقول»، تحققنا من كل المقاييس التي وجدناها في الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة، وانتهينا إلى مقاييس للفصام تتلاءم مع الحالة». (174 175)

أعتقد أن هذا يركز على واحد من أخطاء الفهم الرئيسية الذي يقودنا إلى نقد غير مبرر لنظام الدليل التشخيصي والإحصائي لعلم تصنيف الأمراض. وغالبًا ما ينظر إلى مقاييس الدليل التشخيصي والإحصائي ككتاب طبخ. ويضطر المرضى والإكلينيكيون إلى المرور على هذه القائمة، والإجابة بنعم أو لا، والقبول بالتشخيص النهائي. ويحدث هذا في مكان محادثة من المفترض أن تكون أكثر انتقادًا وودية، مثل تلك التي حدثت في ماض ليس بالبعيد، ما قبل الدليل التشخيصي والإحصائي. فليس المقصود من نظام الدليل التشخيصي والإحصائي أن يخبر الإكلينيكيين كيف يتحصلون على المعلومة المستخدمة لتشخيص المرضى. ولكنه يرمي ببساطة إلى تنظيم كيفية لاستخدام تلك المعطيات في اللحظة الأخيرة للتعريف بالتشخيصات. وبمعنى آخر، قد يستعمل الإكلينيكيون أية وسيلة يريدونها للحصول على المعلومة

المناسبة، وكما نوقش في الفصل (22)، يجب أو يفترض استعمال تقنيات تواصل متطورة ومناهج علاجية نفسية معقَّدة مختلفة تمام الاختلاف عن كتاب طبخ أو قائمة. ولكن في النهاية، تحتاج هذه المعلومة أن تنظم إلى جانب مقاييس الدليل التشخيصي والإحصائي.

فالفكرة من وراء هذا كله، أن يسمح للإكلينيكيين والباحثين بالتواصل باستعمال نفس اللغة. وعندما يستعمل شخص لفظ الفصام، فالشخص الآخر سيعرف ماذا تعني حسب مقاييس الدليل التشخيصي والإحصائي. فإذا لم يتم الاتفاق على أي مقياس، قد يكون مرض الفصام لدى شخص ما، هو مرض المسِّ لدى شخص آخر. وقد حصل هذا بالفعل، وذلك قبل تبني الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة عام 1980. وفي ذلك السياق، انتهى البحث بالتوقف، لأن الدراسات لن تسمح بمقارنة التعريفات المتنوعة لحالات المرضى ببعضها البعض، أو أن تُبنى وفق بعضها البعض. وقد لا تترجم نتائج تلك الدراسات إلى ممارسة إكلينيكية لنفس الأسباب. وقد كان هذا هو الدافع للدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة، الذي يعدُّ أساس النظام التصنيفي الحالي في الطب النفسي.

خلاصة القول، لا يعني الدليل التشخيصي والإحصائي طريقة لتلقين الأطباء النفسيين والمرضى كيفية تقييم علامات المرض وأعراضه. بل هو ببساطة طريقة تنظيم ما نجده أو نكتشفه فيْ شكل لغة مشتركة وثابتة.

(3)

ويرتبط هذا بمسألة الموثوقية. إذ يؤكد نظام الدليل التشخيصي والإحصائي أننا نتكلم نفس اللغة جميعًا: إن التشخيصات «موثوقة». ولكن هل هي صالحة؟ وهل ترتبط بأي ماهيات حقيقية، أي أمراض؟ أو أنها مجرد تسميات مبتدعة؟

يعدُّ هذا النقد الأعمق للدليل التشخيصي والإحصائي. وأوافق النقد بأن العلامات التشخيصية في الدليل التشخيصي الإحصائي هي فقط علامات، ولا تتوافق بالضرورة مع ماهيات الأمراض «الحقيقية». إضافة إلى ذلك، ليس هذا حكرًا على الدليل التشخيصي والإحصائي، إذ ناقشت في الفصل (7)، ظهور شيء من

هذا القبيل في تعريفات داروين لجنس الكائنات. ومع هذا كله، أوافق كذلك رأي المدافعين عن الدليل التشخيصي والإحصائي بأن تلك العلامات مهمة للبحث، وتفرض مقاربة أقرب فأقرب لماهيات الأمراض الحقيقية. هذا وتمثل الفكرة الواصلة الفاصلة، التي تسمح لنا بتجاوز هذه الثنائية، مفهوم الأنواع المثالية المقتبسة من ماكس فيبر. وسأناقش أن التشخيصات في الدليل التشخيصي والإحصائي تعمل كأنواع مثالية، أكثر من كونها خيالات محضة أو، ماهيات أمراض حقيقية.

(4)

قدم فيبر مفهوم الأنـواع المثالية ليفسر المنهج الأساسي لعمله في علم الاجتماع[1]. اقتبس الفكرة من خلفيته التاريخية في الأوساط الفكرية الألمانية في أواخر القرن التاسع عشر. وفي ذلك الوقت، حاول المفكرون الألمان، المتأثرون بكانط، أن يتصوروا دور العلم الصاعد الجديد في المجتمع الإنساني. هل كان العلم شيئًا مميزًا مختلفًا تمامًا عن الإنسانيات؟ وإذا كان الأمر كذلك، كيف؟ هل كان العلم نوعًا ما، أكثر أهمية أو دقة من العلوم الإنسانية؟ فلا تزال ثقافتنا اليوم مليئة ببعض هذه التناقضات. وكان لاثنين من أروع المفكرين الكانطيين الجدد في القرن التاسع عشر، ولهام وندلباند وكارل ركارت، تأثيرًا كبيرًا على فيبر. وقد ناقشا أن العلوم الطبيعية (ما نسميه بالعلم، يعني العلوم التجريبية والمنطقية للبيولوجيا والكيمياء والفيزياء والرياضيات) كانت حقًا مختلفة بالمبدأ عن العلوم الثقافية (يطلق عليها اليوم بالإنسانيات، خاصة ميادين علم الاجتماع والتاريخ وعلم الاقتصاد وعلم الاجتماع وعلم النفس وما يشبهها). سأستعمل هذه الألفاظ العلم والإنسانيات للأخذ بروح العصر. كما ناقش وندلباند وركارت أن العلم تعامل مع المعرفة الكمية، التي يمكن أن تكون شاملة للقوانين العامة والمجردة. وفي المقابل، تتطلب الإنسانيات معرفة نوعية، لأنها بطبيعتها ملموسة، ولأنها تتطلب

(1) يعدُّ بوبر 1963 مصدرًا جيدًا خاصة للمصادر الألمانية التي تتطرق إلى موضوع الأنواع المثالية،حيث سال حبر كثير حول مفهوم النوع المثالي، وتوجد العديد من المصادر الأخرى في هذا الشأن، حيث إن العمل الأصلي لصاحبه فيبر 1949 و1993، وكذلك ياسبرز الذي يناقش الأنواع المثالية في كتابه: **الباثولوجيا النفسية العامة** ([1913] 1997، 434: 1 435).

اختيارات البشر وأعمالهم. بما أن البشر يمتلكون إرادة حرة، لا يمكن أن تكون هذه الأعمال شاملة البتة للقوانين العامة. قد يعترض العديد من علماء الاجتماع اليوم ويقولون أن العديد من قوانين علم الاقتصاد، على سبيل المثال، تبدو قوانين عامة تأخذ بعين الاعتبار مجموع الأعمال البشرية الفردية المتعددة. ويمكن أن يجيب المفكرون الألمان بأنهم لا ينوون القول بأن العلوم الإنسانية لا يمكن النفاذ إليها على الإطلاق من الناحية الكمية، أو عرضة للقوانين العامة، ولكن هذه الميادين بالمبدأ تعتبر بشكل أفضل مختلفة بالطرق المذكورة.

كما نوقش سابقًا، حاجج وليام ديلثي وهو مفكر آخر من هؤلاء المفكرين، بأن ميادين المعرفة هذه افترضت طريقتين مختلفتين للمعرفة[1]. كان العلم قابلاً لأن يعرف عبر منهج الشرح السببي حيث يتطلب هذا المنهج النفاذ التجريبي إلى الملاحظة، والأحداث الخارجية مرتبطة ببعضها البعض كسبب ونتيجة. وفي المقابل يمكن أن تفهم الإنسانيات بشكل أكبر عبر منهج الفهم الحامل للمعنى حيث يركز المرء على المعنى الذاتي الداخلي للأحداث أو الحقائق لأفراد معينين. وبالتالي، قد تركز مقاربة الشرح السببي لغزو نابليون لروسيا على الطبقات الاجتماعية لكل مجتمع وقدراتهم العسكرية وحالاتهم الاقتصادية. إلخ. علاوة على ذلك، قد يتضمن الشرح الحامل للمعنى تفكير نابليون وشخصيته وتأثير مستشاريه وانطباعاته عن الروس وكل جوانب تفكيره. بالرغم من أن مقاربة الشرح السببي مفيدة، ربما ناقش ديلثي أن فهم الظاهرة ليس متكاملًا في الإنسانيات حتى يستخدم منهج الفهم الحامل للمعنى.

قد يوافق فيبر على هذا. فقد أراد أن يستخدم «علم الاجتماع التفسيري» الذي استعمل الشرح الحامل للمعنى ليتعدى المقاربة السببية التي قد أصبحت مألوفة مع نهاية القرن. إضافة إلى ذلك، واجه فيبر وأتباعه مشكلة ظاهرة بأن منهج الإنسانيات

---

(1) لديلثي دراسة لا يمكن الاستغناء عنها تتعلق بهذه المواضيع، ولسوء الحظ، تعتبر أعماله في غاية الصعوبة مثل أعمال هيغل، ولهذا العمل قراءة موازية يؤمنها ماكريل (1992)، وبالإضافة إلى ذلك يعد ديلثي، مثل هيغل، أحد المفكرين الذين يجب أن يقرأ لهم بتأني على مدى مدة طويلة من الزمن بمعية نقاد ذوي معرفة واسعة، ويتوافق جزء كبير من عمل ياسبرز، بالإضافة إلى عمل فيبر، مع القيمة الأبستمولوجية للفرق الذي يقيمه ديلثي بين منهج الفهم ومنهج شرح الأسباب.

بدا أقل أمانة وأقل إفادة من منهج العلم. وعلى الأقل في العلم، يبدو أن هناك تناقضًا أقل بخصوص القوانين. ويمكن لكل واحد أن يثبتها بالتجربة وتبدو العملية بأكملها عامة ومتزنة ودقيقة. وفي العلوم الإنسانية، يستطيع كل واحد اتخاذ موقف فيما يخص معنى أي حدث تاريخي أو شخصية تاريخية تقريبًا. كما يبدو الاتفاق صعب المنال ومتأسس على أفكار عامة أكثر منها على حقائق أو تجارب قابلة للاستخراج بشكل سهل.

وجد فيبر هذه الحالة غير مرضية. فأراد أن يبيّن أن العلوم الإنسانية، رغم اختلافها عن العلوم الطبيعية والفيزيائية، تناولت منهجًا للمعرفة له قيمة، منهجًا دقيقًا وفعَّالًا. كان المنهج الذي اخترعه هؤلاء المفكرون، والذي طوره فيبر بشكل كبير، منهج الأنواع المثالية. ويعتبر هذا كمنهج الإنسانيات الذي قد يجعله قريبًا من منهج العلم من ناحية الدقة والفائدة.

(5)

ينظر إلى مفهوم النوع المثالي كنسخة معيارية ومبسطة للحقيقة. فلنأخذ مثال المؤرخ لـ فيبر، لأنه المكان الذي طور فيه هذا المفهوم، ولكن كل شيء يقال هنا يمكن أن يطبق على عالم النفس والطبيب النفسي عندما تعترضهما جوانب إكلينيكية في معالجة المرضى. إضافة إلى ذلك، يكتشف المؤرخ جوانب معينة من الحدث التاريخي. وبعدها يقدم تصوره من باقي تفاصيل الحدث، تلك الجوانب الأكثر إثارة وأكثر تميزًا وأهمية بالنسبة إليه. يقدم المؤرخ النوع المثالي لذلك الحدث من هذه الخصائص المميزة المرتبطة بشكل مجرد، والمقتصرة على الجوانب الأكثر بروزًا للحقيقة التاريخية.

والهدف من فكرة النوع المثالي ليس الاستجابة المباشرة مع الحقيقة، بل لتبيّن جوانب معينة من الحقيقة، تلك التي يمكن أن تفتقد في التفاصيل المتنوعة للحقيقة الملموسة. كما لا يعتبر النوع المثالي أيضًا كنظرية عامة تتغير كلما جُمعت معلومات أكثر فأكثر حول التفاصيل التجريبية للحقيقة الملموسة. فالنوع المثالي هو المعيار الذي تقارن به الحقيقة الملموسة.

باستعمال كلمة «مثالي»، لا يعني فيبر أن النوع المثالي هو النوع الأفضل أو أنه أفضل من الحقيقة الملموسة. ولكنه أكد أنه فكرة مجردة، وتصور ناتج عن الحقيقة الملموسة.

والمثال النظري للنوع المثالي هو المسطرة، وهي أداة تقاس بها الأشياء. ولا يعطى مثال المسطرة على أساس التشابيه التجريبية للحقيقة. فهي اخترعت بأيدينا، من قبل الإنسان، ويشترط أن تكون ذات طول معين، وبعدها تستعمل لقياس أشياء حقيقية. وعلى نحو مشابه، فالأنواع المثالية هي المفاهيم التي يخترعها المؤرخون، وتقاس حقائق التاريخ بناء عليها. كما أن هدف فكرة الأنواع المثالية مساعدتنا في فهم معنى حقائق التاريخ.

طبق فيبر منهج النوع المثالي بشكل واضح في كتابه: **أخلاق البروتستنتية وروح الرأسمالية** ([1904] 1993)[1]. أراد فيه أن يفهم لماذا ظهرت الرأسمالية خاصة في البلدان الغربية في عصر ما بعد القرون الوسطى. فقد تظافرت العوامل الاقتصادية والسياسية في ذلك الوقت وهو ما ساعد بظهورها، ولكن العوامل نفسها وُجدت في أزمنة أخرى، وفي أجزاء أخرى من العالم. إضافة إلى ذلك، أراد فيبر أن يعرف لماذا ظهرت الرأسمالية فعلًا في الغرب، وكان جوابه الرئيسي هو تأثير البروتستنتية.

اخترع فيبر النوع المثالي للروح البروتستنتية: المسيحي الكادح، المقتصد، الذي يخاف الرب، ويؤمن بأن الاجتهاد في العمل لم يكن ضروريًا فقط للنجاح في العالم الأرضي، ولكن يجازى عليه كذلك من قبل السماء. وبطبيعة الحال، في بعض الحالات، لا يتناسب هذا النوع المثالي مع حقيقة الكثير من البروتستانت، ولكنه يأخذ من جوهر تأثير البروتستنتية على الوعي الذاتي للغربيين الذين عاشوا في الفترات الأولى من عصر الرأسمالية. فإذن، هذا هو الوعي الذي أدى قسرًا إلى ولادة ونشأة الرأسمالية في الغرب.

(1) يرى البعض أن هذا العمل، وهو عمل كتب في القرن العشرين، لا بد أن يعتبر كرد على كتاب «رأس المال» لماركس، ومع ذلك، يقدم العملان رؤية شاملة للتاريخ البشري وعلم الاجتماع، أما بالنسبة للطب النفسي، إذ يقدمان مصدرين للعديد من الافتراضات التي يستدعيها الإكلينيكيون والباحثون لميداننا هذا.

(6)

ويعد هذا مقاربة من فيبر للتاريخ وعلم الاجتماع عبر منهج النوع المثالي. أردت أن أقول هنا أن الدليل التشخيصي والإحصائي لتصنيف الأمراض في الطب النفسي يستخدم نفس المنهج. فالتشخيصات في الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة ليست هويات «حقيقية» بل هي تصورات مجردة. ولا يطابق مريض واحد جميع المقاييس المعينة للتشخيص بالضبط. فكل مريض بذاته مختلف بطريقة ما. وهذا يعكس الميزة الخاصة الملموسة للوجود الإنساني، وهو مظهر الحقيقة الإنسانية الثقافية التي أكدها فيبر وياسبرز أيما تأكيد. وبالتالي، لا يقصد بالتشخيصات الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي أنها تتوافق بشكل مباشر وكامل مع الحقيقة الإكلينيكية. كما لا تمثل النظريات العامة للتشخيصات، لأنها يمكن أن تتغير بما أن الأدلة التجريبية تُجمع أكثر فأكثر. وفي حقيقة الأمر، يمكن أن يحدث هذا، كما سبق وأشير إلى ذلك، لأن العلوم الإنسانية يمكن أن تستعمل مناهج العلوم إلى حد ما. ولكنها تحدد مقاييس الدليل التشخيصي والإحصائي كشروط من قبل الأطباء النفسيين، وذلك بالاعتماد على الاتفاق الحاصل من التجربة الإكلينيكية، بأخذ الحالات الإكلينيكية المتعددة لكي يسهل التواصل والبحث بشكل أفضل باللغة المشتركة. فهذه هي مقاربة النوع المثالي.

وبالتالي، من غير المجدي أن ينتقد دليل تصنيف الأمراض لكونه لا يتوافق مع الحقيقة الإكلينيكية. فليس هذا هدفه. فهنا يستخدم علم تصنيف الأمراض هذا لفهم الحقيقة الإكلينيكية، وليس لنسخها. كما أنه من غير المفيد أن ينتقد لكونه مجردًا، أو لأنه ليس مبنيًا على أساس الدليل التجريبي. ولا يمكن أن تُبنى التشخيصات في الطب النفسي تمامًا على أساس الدليل التجريبي لنفس السبب، حيث لا يمكن للتاريخ أن يفهم باستعمال مناهج الفيزياء. فلا غنى إذن عن التصور المجرد، إلا اذا اختزل المرء الطب النفسي في لا شيء سوى ملاحظة تفاصيل كل حالة إكلينيكية سريرية، بمحاولة ضئيلة لمستوى فهم أشمل (وهذا هو الخطأ الانتقائي لأدولف ماير).

وفي نهاية المطاف، قد يؤدي دليل تصنيف الأمراض إلى الاعتراف بأمراض

معينة، تعرف كميًا في شكل حالات شاذة يمكن البرهنة عليها في بنية الدماغ، أو الوظيفة، أو في التركيبة الجينية. في تلك النقطة، ستسمح مقاربة النوع المثالي ذات التوجه في العلوم الإنسانية، بشكل أكبر بالمقاربة التجريبية ذات توجه العلم. إضافة إلى ذلك، باعتبار فرادة العمل البشري، سيكون هناك دائمًا دور لنوع ما، من مقاربة النوع المثالي في الطب النفسي.

(7)

الجدير بالذكر، أنه لو أن الأنواع المثالية ذات صلة وثيقة، حينها سيختلف الطب النفسي عن الميادين الطبية الأخرى. هذا على الفرض والتقدير أن البشر أحرار. فإذا تمتعنا بالإرادة الحرة، عندها سيكون العمل البشري دائمًا في مستوى معين، فريدًا ومحددًا بشكل ملموس. إلى ذلك الحد، ستقاوم التصنيف الكلي تحت القوانين العلمية الكونية. وبما أن الطب النفسي يتناول بالبحث السلوك البشري كجوهر أعراضه، سيصطدم بالضرورة دائمًا بهذا الحد. وسيحد العمل البشري الحر من دقة الشرح السببي، وذلك عبر واسطة المناهج العلمية التجريبية. وهذا على خلاف الميادين الطبية الأخرى، لأن في تلك الحالات لا تكون العلامات والأعراض المكتشفة عرضة للإرادة البشرية. فألم الصدر والغثيان والرؤية الضبابية كل هذه تحدث للمريض وليست إرادية (مزاج مكتئب، فقدان الشهية، طاقة متزايدة)، ولكن تأثيرها في السلوكيات له على الأقل شيء من الاعتباطية التي قد تتسبب في سلوكيات مختلفة. فقد يحاول المريض المكتئب الانتحار لأنه وحيد، بينما قد لا يحاول ذلك إذا كان شخص آخر قريب منه حاضرًا. ويتورط في ممارسة الجنس مع إحدى بائعات الهوى، بينما قد لا يفعل ذلك إذا عاش في مكان آخر أقل عرضة للجنس. أو لعله قرر أن ينغمس في ذلك السلوك في ليلة ما، بينما يمكنه فقط أن ينتظر كذلك إلى الليلة الموالية.

في الأصل، لا يمكن تجنب هذه السيناريوات المجانبة للحقيقة بسبب الحرية الإنسانية. فقد يقوم البشر دائمًا بأشياء بشكل مختلف اختلافًا طفيفًا، حتى تحت تأثير مرض نفسي. هذا هو الحيز الذي جعل الحقيقة النفسية دائمًا فريدة وملموسة

ومخصوصة. وبما أن تلك السلوكيات هي أعراض وعلامات حقيقية تستعمل للتشخيص في الطب النفسي، لا بد دائمًا أن تتعامل التشخيصات مع الحقيقة الفريدة والملموسة والمميزة. بمعنى، ستتعامل مع حقيقة شبيهة بحدث تاريخي، مثل غزو نابليون لروسيا، أكثر من كونه مع مجموعة من الحقائق التجريبية، مثل الحمى، نزلة البرد، والتعرق الليلي بسبب عدوى.

هل يعني هذا أن الحالات النفسية ليست أمراضًا لها علاج، كما ناقش ذلك توماس زاس (1974)؟ وقد تكون هذه هي الحالة فقط، إذا عرفنا العلم كشرح سببي فقط، بحذف منهج الفهم الحامل للمعنى. ولكن كما أشرت في الفصل (6)، لا داعي للقيام بذلك.

(8)

وللتوضيح، لست ضد الأساس العلمي للطب النفسي، دعني أوضح مرة أخرى ما أعنيه بلفظ: «علمي». كما قلت في الفصل (6)، أعتقد أن الطب النفسي يمكن أن يستعمل، ويستعمل فعلًا المنهج العلمي. ولا يقتصر هذا المنهج على الشرح السببي المبني على الدليل التجريبي الذي ربطه فيبر بالعلوم التقليدية (بيولوجيا، كيمياء، فيزياء، رياضيات). أشار فيبر إلى أن هذه المناهج يمكن أن تطبق على العلوم الإنسانية إلى حد كبير. وبالتالي، هناك تداخل. ولكن والأبعد من ذلك، قد أعرف العلم، بالاستناد إلى تفكير فيبر، كذلك المنهج الذي يستنتج بشكل أكثر دقة المعرفة حول موضوعه. وبما أن الطب النفسي وعلم النفس يتطلبان، بالأصل، الحقيقة البشرية الملموسة والمميزة، يعتبر منهج المعرفة التجريبي الصرف غير كاف. فالجانب المضاف المطلوب هو منهج النوع المثالي الذي يوفر طريقة ملائمة ومفيدة لفهم معنى الجوانب الملموسة والمميزة للحقيقة النفسية. وبالتالي، فالمنهج العلمي في الطب النفسي هو مزج بين هذين المنهجين الملاحظة التجريبية والأنواع المثالية، أو، بشكل عام، استعمال كل من الشرح السببي والفهم الحامل للمعنى. وفي **الباثولوجيا النفسية العامة**، نوه ياسبرز بجدوى منهج النوع المثالي في تصنيف الأمراض المتعلقة بشخصية الإنسان. وأنا أعمم ذلك المنظور على كل

ما يهم علم تصنيف الأمراض النفسية[1].

أعتقد أن المساهمة المهمة لفيبر تكمن في جعل منهج النوع المثالي مقاربة قائمة بحد ذاتها لتحسين قدرتنا للاشتغال في الفهم الحامل للمعنى. إضافة إلى ذلك، يمثل انتقاد فيبر الرئيسي، والذي من الممكن أن يتماشى مع آراء قراء هذا الفصل، هو ما يلي: إذا ما سمحنا بالفهم الحامل للمعنى ضمن الطب النفسي، ما الذي سيمنع كل شيء من أن يكون عامًا يشمل أغلب البشر وخاصًا يتعلق بأحوال وأفعال الفرد الواحد، بما أن كل طبيب نفسي يدلي بدلوه في كل ما يحدث لكل مريض؟ يهدف منهج النوع المثالي لفيبر إلى وضع حد لهذه الخصوصية: يجب علينا أن نتجاهل جوانب معينة من الحقائق الملموسة للظواهر لبرهة من الزمن، بينما نحاول أن نفهم جوانب مهمة لهذه الظواهر والمبينة في الأنواع المثالية. وعليه، عندما نرمي إلى تطبيق مقاييس الدليل التشخيصي والإحصائي لغرض تشخيص المريض، سوف نضع بصفة مؤقتة حدًا للاهتمام بجوانب معينة من حقيقة المريض التي لا يقع الانتباه إليها في المقاييس التشخيصية. وعلى سبيل المثال، في بحث لتحديد ما إذا كان المريض المكتئب يعاني من اكتئاب ثنائي القطب أو أحادي القطب، لن أبحث في علاقات فترة الطفولة، لأنها ليست جزءًا من مقاييس النوع المثالي لتلك التشخيصات. وقد تصبح تلك العلاقات التي بناها في فترات حياته الأولى ذات أهمية لفهم جوانب معينة من حياة الشخص أو وضعه، ولكن في الوقت الحالي، ليست على درجة كبيرة من الأهمية لتحديد أي تشخيص يلائم أكثر حالة الاكتئاب التي يعيشها. وهذا له نتائج عملية، باعتبار أن الدليل التجريبي إذا توافق مع المقاييس المحددة لأحد هذه التشخيصات، فقد يستجيب بشكل جيد

(1) مثل العديد من الأفكار في الطب النفسي، إن أول من تطرق إلى الرأي بأن الأنواع المثالية تلعب دورًا محوريًا في عملية التشخيص النفسي هو كارل ياسبرز في أثره الباثولوجيا النفسية العامة، ولفترة ليست ببعيدة، أعاد وجينز وشوارتز (1991) التذكير بضرورة وقيمة هذا المنظور، وفي إطار عملهم في علم النفس التجريبي، وعن عدم دراية بآراء ياسبرز، استخلص باحثون آخرون نظريات تجاوزت مفهوم النوع المثالي مثل الرأي القائل بأن التشخيص غالبًا ما يتبع «نماذج» لأمراض معينة عوضًا عن تعداد العلامات والأعراض وتفسيرها (روش ومارفس 1975؛ زاشار 2001)، ومع ذلك، أنا لست أبرر مقاربة النموذج أو النوع المثالي باعتبارها دقيقة إكلينيكيًا، وأعتقد أن الإكلينيكيين يعملون فعلًا بهذه الطريقة وأن التحقق الواعي من العلامات والأعراض كذلك مطلوب للحد من التحيزات الذاتية للإكلينيكيين.

لمضادات الاكتئاب في حالة واحدة، أو لمهدئات تعكر المزاج في حالة أخرى. ولو حالت علاقات فترة الطفولة دون بحثنا عن تلك التشخيصات، لما قُدِّمت تلك العلاجات. ويظهر بأن الدليل التجريبي له تنبؤ ضعيف، إذا كان المريض يعاني بالفعل من اكتئاب ثنائي القطب أو أحادي القطب.

وبالتالي، بالرغم أن الأنواع المثالية محدودة ويمكن تفسيرها بشكل سيئ، ولا تتمتع بقابلية لإعادة الإنتاج أو مرونة للتأكد من صدق المنهج التجريبي، لكنها تعتبر مفيدة ويمكن أن تنسجم مع البحث التجريبي في المساعدة لفهم الأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية.

وحسب رأيي، يفهم علم تصنيف الأمراض بشكل أفضل في هذا السياق، وأثبت إفادة عملية في تحسين حياة العديد من المرضى وفي تشجيع البحث التشخيصي والعلاجي، بالرغم من نقائصه العديدة.

(9)

إذا قبلنا بأن التشخيصات الطب نفسية يمكن أن تجرى وأنها ليست اعتباطية كليًا، يمكن عندها أن نناقش المزايا النسبية لأنواع مختلفة من نظم التصنيف. والنوعان الأساسيان هما المقاربة التصنيفية، ومقاربة الأبعاد، التي سأناقشها في الفصل التالي.

الفصل الثالث عشر

الأبعاد مقابل الأصناف

ما يعقب من نتائج هو كاشف مميز للحقيقة، وهو السند الذي ترتكز عليه العديد من النظريات الجيدة، والذي يمكن أن تبنى عليه نظريات أكثر تماسكًا. وهذا الشأن يخص الطبيب النفسي كما يخص تشريح الجثث الطبيب العام.

ب.د.سكـوت

اضطرابات المزاج والهواس

(1)

تتضمن المعرفة التصنيفية كل الظواهر النوعية أو عدمها، بمعنى إما أن ينتمي شيء ما إلى صنف «أ» أو إلى صنف «ب». ومثال ذلك الحمل، فالمرأة إما أن تكون حاملًا أم لا، أما المعرفة القياسية (معرفة الأبعاد) فهي متواصلة وتتميز بامتلاكها أو اختبارها شيئًا ما بشكل تقريبي، ومثال هذا ضغط الدم، فكل إنسان حي له ضغط دم معين. فيكون عند البعض مرتفعًا، وعند البعض الآخر منخفضًا ويكون عند الأغلبية وسطًا. ويتمثل أحد الانتقادات التي وجهت إلى تطور علم تصنيف الأمراض النفسية بعد الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة في أن التشخيص أصبح متفرعًا إلى درجة مبالغ فيها. وقيل أننا قد ذهبنا بعيدًا في محاولتنا لتصنيف التشخيصات النفسية. فهناك الآن العديد من التشخيصات، تقريبًا تشخيص لكل عرض عقلي. فهذه مبالغة، لكنها قد تخفي حقيقة أعمق من ذلك. أما تاريخيًا،

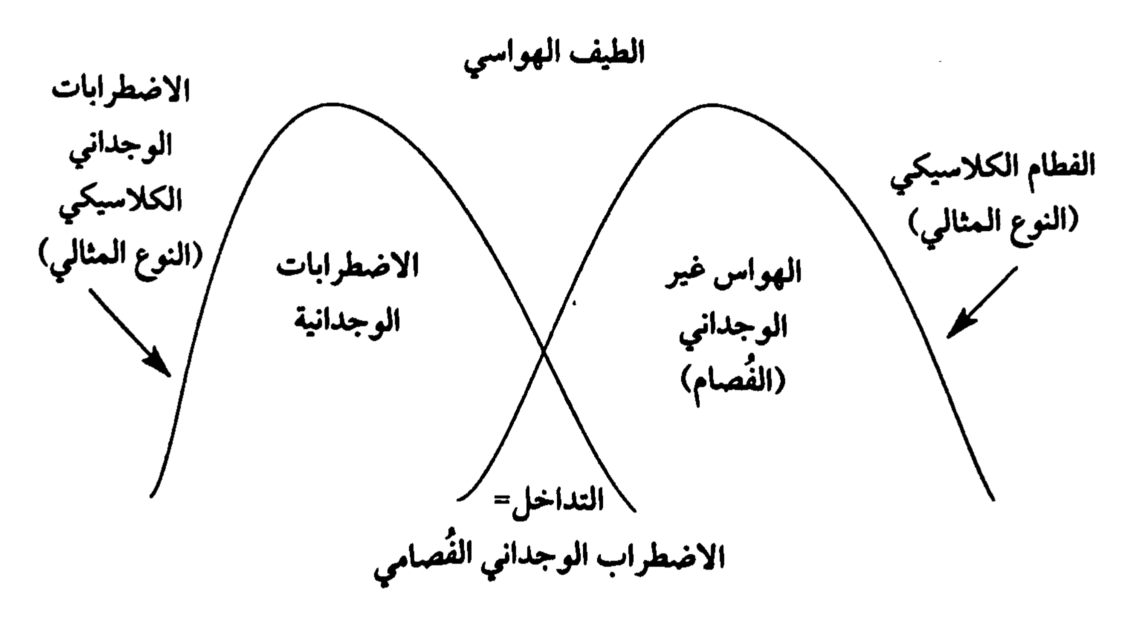
وقبل التحول في علم تصنيف الأمراض الذي ظهر في الطب النفسي الحالي مع الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة عام 1980، فقد تجاوز الطب النفسي الحالي الحد في الاتجاه القياسي. ومتأثرين بمذاهب معينة من التحليل النفسي، أقر العديد من الأشخاص من أهل الذكر بأن التناقض الجزئي الوحيد في التشخيص هو بين العصاب والهواس. فكل شخص عصابي بشكل ما، لكن الأشكال الأكثر شدة فقط بدت مثيرة للإشكالات. وأقر البعض، مثل هاري ستاك ساليفان، أن مرض الهواس يطابق ظاهرة الكل أو لا شيء، وأن التفكير الشبيه بالهواس لم يكن غير عادي عند الأشخاص العاديين (مثل شخص عصابي معتدل) (1953). وهناك رأي آخر بأن كل فرد مكتئب نوعًا ما وبالتالي الاكتئاب ليس ظاهرة شاذة من الناحية التصنيفية. (قال فرويد مرة: أنه ببساطة أراد أن يستبدل البؤس الشاذ للبشر بتعاسة عادية). سأناقش الجوانب المفيدة لبعض هذه الأفكار التحليلية النفسية، ولكن يجب أن تكون السلبيات ظاهرة. فالدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة كان ردًا على النزعة القياسية المفرطة، التي منعت الأطباء النفسيين من تشخيص حالات الأشخاص الذي قد تقرر معالجتهم بمضاد جديد للاكتئاب، وأدوية مضادة للهواس. هل ذهب الدليل التشخيصي والإحصائي بعيدًا أكثر من اللازم؟ قد يكون ذلك. لكن الرجوع إلى ما قبل النزعة القياسية المفرطة للدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة ليس حلًا لهذه المشكلة.

(2)

يناقش البعض أن الأمراض العقلية الرئيسية (مرض الفصام والمرض الهواسي الاكتئابي) ليست تصنيفية. ورجل القش الذي يريد المناهضون لعلم تصنيف الأمراض أن يحاربوه هو علم كرابلين لتصنيف الأمراض. أفرد كرابلين الفصام والمرض الهواسي الاكتئابي كنوعين رئيسيين من الاضطرابات في الطب النفسي. وأحس أن مفهوم المرض الهواسي الاكتئابي يندرج ضمن كافة الاضطرابات الوجدانية (ما يمكن أن نسميه اليوم بالاضطراب ثنائي القطب، الاكتئاب الأحادي القطب، دورية المزاج، الاكتئاب الجزئي) واعتقد أن مفهوم الفصام يشمل كل حالات الهواس المزمن حيث لم توجد أية أعراض وجدانية على الإطلاق (الهواس

غير الوجداني). فالفكرة الكرابلينية التي يمكن اعتبارها كمغالطة رجل القش تقول بأن كل الحالات النفسية يجب أن تنقسم إلى أحد هذين الصنفين: مرض الفصام (الهواس غير الوجداني) والمرض الهواسي الاكتئابي (المرض الوجداني). وسبب اعتبارها كتلك المغالطة، هو أن كرابلين لكونه إكلينيكيًا مستبصرًا (ذا دهاء)، أدرك بأن الحالات الفاصلة الواصلة قد كانت موجودة.

لقد تنبأ بطيف من المرض الوجداني، على سبيل المثال، حيث اختلطت أنواع معتدلة من اضطرابات المزاج (هوس خفيف) بسمات الشخصية المرتبطة بعدم استقرار المزاج (دوروية المزاج). واعترف أيضًا بأنواع معتدلة من مرض الفصام، التي اختلطت بسمات الشخصية (مثل باللفظ المستعمل حاليًا، اضطراب الشخصية الفصامية). والسبب الآخر الذي يجعل التناقض الصرف مفهومًا مميزًا، هو معرفتنا أن أغلب الأشخاص يسقط في منحنى عادي عندما تطبق المقاييس التشخيصية على أعراضهم النفسية. وهذا سائد في بعض الحالات الطبية الأخرى كذلك، مثل فرط التوتر. وعلى سبيل المثال، لن يكون لمعظم المرضى الذين يعانون من الهواس غير الوجداني أعراض لمرضهم، أو مميزات مجرى مرض مشتركة مع أغلب المرضى الذين يعانون من الاضطرابات الوجدانية. ولكن كما في المنحنى العادي، سيكون هناك تداخل عند كلا طرفي النقيض (انظر: رسم 13.1).



ـ رسم (13. 1) تداخل مجموعة من التشخيصات ـ

لا تنقض حقيقة وجود تداخل عند كلا طرفي النقيض، المفهوم القاضي بأن قمتي الأعراض والخصائص تختلف عمومًا عن بعضها البعض. وفي هذا الشأن، يشبه هذا الاختلاف الحالة حيث تشكل مجموعات من الأفراد الجنس البشري (انظر الفصل 7). ومن زاوية نظر داروينية، تعتبر تلك المجموعات البشرية مختلفة حتى وإن كانوا في تدفق مستمر، وسوف يكون هناك تداخل. وقد يركز المنظور الجوهري فقط على اللا تداخل إطلاقًا.

إضافة إلى ذلك، إذا قبلنا بمفهوم الأنواع المثالية في علم تصنيف الأمراض، فعندها قد تمثل أصنافنا الكلاسيكية (الأنواع المثالية) حقيقة حدَّي التوزيع الطبيعي للتشخيص. وقد تعتبر حالات المرضى الذين لديهم بعض خصائص مرض آخر (الذي يمثل الأغلبية) كالطيف الهواسي (الرسم 13.1)، بمعنى أن خصائص مرض الهواس كانت تشكل قاسمًا مشتركًا بين الاضطرابات الوجدانية ومرض الفصام. وقد تتخذ مقاربة مماثلة لتمييز اضطرابات المزاج ثنائي القطب وأحادي القطب في إطار توزيع الاضطراب الوجداني.

وبسبب خصائص مغالطة رجل القش الواضحة، أنا مرتاب فيما يخص رأي فريق من الأطباء النفسيين المعاصرين الذين يعتقدون أن النظام الكرابليني يعكس رأي صاحبه العنيد (كرو 1998، 1990، كاندل بروكنغتون 1980). وتتمثل حجة هؤلاء المناهضين لفكر كرابلين أساسًا، بأن عددًا قليلًا من الحقائق غير الملائمة تنقض البنية الكرابلينية، مشيرين عوضًا عن ذلك إلى نموذج «الهواس الأحادي»، ويعني ذلك أنه لا يوجد تناقض بين التشخيصات النفسية، على الأقل باضطرابات متعلقة بالهواس: فالكل جزء من مرض هواسي جامع.

فالحقيقة الأولى غير ملائمة، وهي التي يعتبرها هؤلاء المفكرون كمثال مقابل، كافية عمليًا لنقض علم تصنيف الأمراض الكرابليني، وهي وجود الاضطراب الوجداني الفصامي. ويعود هذا المفهوم التشخيصي إلى عام 1933 عندما نشر ج. ج. كازانين مجموعة حالات ستة مرضى، بدوا أن لديهم خصائص كل من مرض الفصام والمرض الهواسي الاكتئابي، كما عرفه كرابلين. أما كرو وكاندل فهما يعتقدان أن مجرد حضور هذه الظاهرة يعتبر كافيًا لدحض كرابلين، وخاض كاندل وبروكنغتون

دراسة تجريبية انتهت إلى أن معظم مرضى الهواس، مثل مرضى الاضطراب الوجداني الفصامي، لا يمكن أن يصنفوا ضمن تشخيصات منفصلة.

هل هذا ما حصل؟ هل نقض الاضطراب الوجداني الفصامي علم تصنيف الأمراض لكرابلين؟ إذا كان الحال هكذا، فالطب النفسي يحتاج إلى ترميم لأفكاره مرة أخرى.

(3)

سأعود إلى مشكلة الاضطراب الوجداني الفصامي. ولكن أولًا، أود أن أشير إلى أن انتقادات مماثلة قد حصلت في داخل كل صنف تشخيصي عام وضعه كرابلين. على سبيل المثال، يزعم البعض أن الصنف العام لمرض الفصام يعد غاية من عدم التجانس ويمكن تقسيمه إلى عدد من الأنواع (فصام مراهقي، فصام تصلبي، فصام بارانويدي، فصام غير منتظم، وغيرها)، كرابلين بنفسه كان يميل إلى الاعتراف ببعض هذه الاختلافات. ويدَّعي آخرون أن الصنف العام للمرض الهواسي الاكتئابي يجب أن ينقسم إلى صنفين على الأقل، الاكتئاب أحادي القطب والاضطراب ثنائي القطب. بما أن الفرق بين أحادي القطب وثنائي القطب قد دُوِّن في الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة والطبعة الرابعة، وبما أنه مستخدم على نطاق واسع اليوم، سأناقش هذه المسألة بالتفصيل هنا (وكذلك في الفصل 16).

وبالتالي، السؤال الآخر هو: هل هناك طيف عام واحد للمرض الوجداني (هذا أساسًا رأي كرابلين في تعريفه لـ «الجنون الهواسي الاكتئابي»)، أم أن هناك نوعين من مرض المزاج أو أكثر؟ (هذا رأي الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة الحالي، بتشخيصاته المنفصلة للاكتئاب أحادي القطب والاضطراب ثنائي القطب، والأخير منقسم بدوره إلى نوع 1 ونوع 2 مبنيًا، على حضور مرض المس أو المس الخفيف، على التوالي).

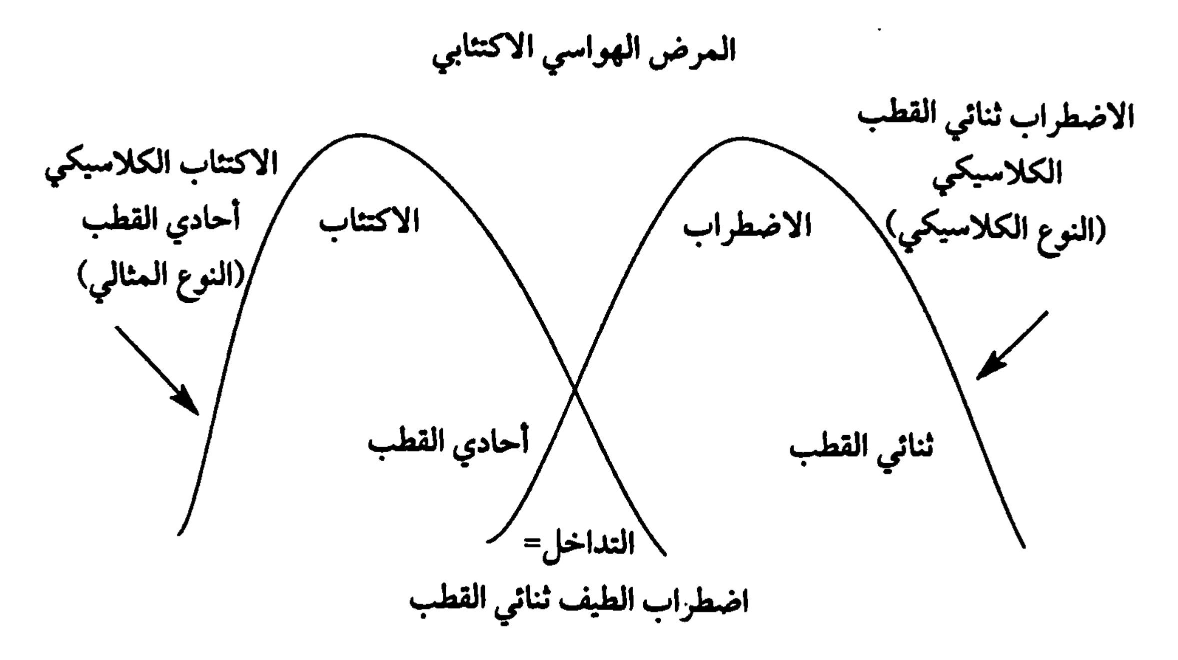
ووجه رأي كرابلين تقريبًا بالنقد منذ البداية، كما يبيّن الفصل (11). لا يعلم العديد من الأطباء النفسيين أن المقياس الرئيسي الذي يستخدمه كرابلين لتشخيص المرض الهواسي الاكتئابي، هو تكرار نوبات الاكتئاب وليس القطبية (جودوين

وجامسون 1990)[1]. وأعني بهذا أن كرابلين لم يكن يهتم فيما إذا اختبر المريض حادثة هوس أم اكتئاب عابرة. لكن محل اهتمامه هو عدد فترات المزاج التي قد عاشها المريض. وإذا عاش المريض حادثة اكتئاب واحدة فقط، يعتبر كرابلين تلك الحالة ميلانخوليا، الشيء الذي أطلق عليه اسم «الصورة الإكلينيكية»، وليست في الحقيقة تشخيصًا بقاعدة جوهرية في المرض البيولوجي. وإذا عاش المريض العديد من الحوادث العرضية للمزاج، سواء كانت اكتئابية أو هواسية، وبالتالي وقع شُخِّص المريض من قبل كرابلين بأنه يعاني من الجنون الهواسي الاكتئابي. مع اعتبار أن العامل المهم هو تكرار الحوادث العرضية للمزاج، وليس طبيعة تلك الحوادث (مثل المس مقابل الاكتئاب). وبالتالي، قد تشخص حالة مريض عاش حادثة هواسية عرضية تليها ثلاث حوادث اكتئابية، بأنه يعاني من الجنون الهواسي الاكتئابي. كما قد يشخص شخص ما عاش خمس حوادث اكتئابية عرضية بالجنون الهواسي الاكتئابي.

وانتقدت هذه المقاربة من طرف هوك وآخرين لكونها عامة جدًا. ولم يوجه نقد لاذع إلى نظرة كرابلين العامة التي تسمى المرض الهواسي الاكتئابي، إلا حين إجراء دراسات جينية في ستينيات القرن العشرين. . إضافة إلى ذلك، اكتشف جولز أنجست (1998) وكارلو بارس (1966)، وهما طبيبان أوروبيان، أن نوبات الهوس وجدت بشكل رئيسي في أسر الأشخاص الذين يعانون من نوبات الهوس، في حين أنها كانت غائبة في أسر الأشخاص الذين يعانون من نوبات اكتئاب فقط. وبناء عليه، قوبل التمييز بين أحادي القطب وثنائي القطب، الذي اقترح من قبل من طرف كارل ليونهارد وآخرين (بلدسريني 2000)، بتأكيد جيني. فإذا كان المريض قد عانى من اكتئاب أحادي القطب (اكتئاب فقط دون المس بغض النظر عن تكرار النوبات)، بالتالي، من الممكن أن يكون أفراد العائلة قد عانوا من اكتئاب أحادي القطب، وليس من اضطراب ثنائي القطب (الذي يتميز بحدوث حادثة هواسية واحدة على الأقل). وإذا عانى الشخص من اضطراب ثنائي القطب، من الممكن أن يكون أفراد العائلة قد عانوا من كلا النوعين من الاضطراب أحادي القطب وثنائي القطب. إضافة إلى ذلك،

(1) في التعليقات التالية، أقول إنني مدين للعمل المتميز الذي ألفه فريدريك جودوين حول هذا الموضوع (جودوين وجامسون 1990)، إضافة إلى عمل صدر أخيرًا لروس بالدساريني (2002).

وقع تأكيد هذه النتائج في دراسات أخرى وتمت مساندتها من قبل دراسات العلاج التي وجدت أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ذات فاعلية للاكتئاب أحادي القطب، لكن يبدو أنها تسبب المس عند علاج الاضطراب ثنائي القطب بينما كان الليثيوم فعّالًا جدًا للاضطراب ثنائي القطب. وكان مسار الاضطراب ثنائي القطب أسوأ نوعًا ما من مسار الاكتئاب أحادي القطب، وأعراض الهواس أكثر تواترًا في مرض المس منه في الاكتئاب. كما أدت هذه الاختلافات إلى التمييز بين الاضطراب ثنائي القطب والاضطراب الاكتئابي (أحادي القطب) في الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة عام 1980. هذا وأسقط صنف المرض الهواسي الاكتئابي وانقسم إلى هذين النوعين الفرعيين.



رسم (13. 2) المرض الهواسي الاكتئابي مقابل التمييز بين أحادي القطب وثنائي القطب.

ومع ذلك، هناك مؤخرًا عودة لظهور مفهوم كرابليني أصيل، أطلق عليه اسم آخر وهو مفهوم «الطيف ثنائي القطب» (أكيسكال 1996)[1]. وظهر هذا لأن الخصائص الأصلية المميزة للاكتئاب أحادي القطب والاضطراب ثنائي القطب أثبتت أنها أقل دقة مما ظهرت عليه منذ البداية. ونحن نواجه مرة أخرى تمييزًا

(1) يستحق هاجوب أسيسكال السبق في طرحه منذ مدة تفوق العقدين لتعريف شامل للطيف ثنائي القطب.

ممكنًا في العالم الحقيقي للمرضى الذين لا يتقاسمون جميع الخصائص نفسها، ولكن الذين يعانون من تداخل كبير (انظر: الرسم 14.2) إذ يمثل الاضطراب ثنائي القطب صنف 1 (المس الكلاسيكي بالتناوب مع الاكتئاب) أحد طرفي التوزيع الطبيعي للاضطراب ثنائي القطب (يمكن أن يعتبر كنوع مثالي)، ويمثل الاكتئاب أحادي القطب الطرف الآخر. كما يمكن أن تعتبر منطقة التداخل الطيف ثنائي القطب. إذا ثبت أن منطقة التداخل متسعة جدًا، لا بد أن يملك المرء من الحكمة ليتمكن من حذف التمييز بين الحدين ككل، والعودة إلى مفهوم كرابلين العام للمرض الهواسي الاكتئابي. وهذا إشكال تجريبي يحتاج إلى أن يقيم في البحث. أما الآن، يمكن أن أقول ببساطة أن التمييز بين ثنائي القطب وأحادي القطب، مثل الفرق بين الاضطرابات الوجدانية ومرض الفصام، ذي درجة واحدة، مع وجود مناطق التداخل التي لا تنقض بالضرورة الأنواع المثالية التصنيفية. ومع هذا كله، بالنسبة إلى الفرق بين ثنائي القطب وأحادي القطب، أعتقد أن هناك إفادة ما، للتشخيص القياسي المعتدل، وهو ما أطلقت عليه أنا وفريديريك جودوين اسم «اضطراب الطيف ثنائي القطب»، كمقابل للفظ مرض كايد. والذي من الممكن أن يستعمل للتعريف بالنوع المثالي: الاضطراب ثنائي القطب، صنف 1 (قائمي، كو وجودوين 2002)[1].

(4)

يجب أن نلتفت إلى الوراء للحظة من الزمن. لقد حاولت أن أطرح المشكلة الجدلية بين المقاربة التصنيفية والمقاربة القياسية للأمراض النفسية الرئيسية. فعلى مستوى قاعدي، كان كرابلين مناصرًا للمقاربة التصنيفية، يفصل مرض الفصام عن الاضطرابات الوجدانية بينما يناصر منتقدوه المقاربة القياسية (الطيف الهواسي الوحيد للمرض). أما على المستوى التالي، فكان لكرابلين ميول إلى المقاربة القياسية، خاصة في محاولته لتقديم خصائص للمرض الهواسي الاكتئابي بشكل عام، وفقًا للحوادث العرضية المتكررة للمزاج، غير أن النقاد في الفترة

(1) أقتبس لفظ: «متلازمة كادي» من ترانس كاتر (التواصل الذاتي، 2002).

الأخيرة (والدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة في الوقت الحاضر) يعتبرون أنفسهم مصنفين (تقسيم الأصناف أحادية القطب وثنائية القطب إلى مجموعات فرعية).

سأركز الآن على الفرق بين الفصام والاضطرابات الوجدانية، بما أنه الفرق الذي بني عليه علم كرابلين كله. وإذا انعدمت فائدته، سينعدم كل شيء. ربما يسأل كارل ياسبرز، ماهي الافتراضات الكامنة وراء آراء نقّاد علم تصنيف الأمراض لكرابلين؟ يبدو أن هناك اعتقادًا فلسفيًا مهمًا وراء آرائهم؟ وذلك بالرجوع إلى الفيلسوف كارل بوبر، كرأي يرى أن النظريات العلمية يمكن دحضها، ولكن لا يمكن إثباتها. أما الرأي المقابل القائل بأن الإثباتات المتكررة تؤدي على الأفضل إلى مقاربة الحقيقة للنظرية العلمية، فيتمثل في الفلسفة الاستقرائية للعلم، والتي طرحت بشكل أفضل من قبل الفيلسوف تشارلز بيرس[1]. وينشغل المعارضون لعلم كرابلين بمحاولة استنتاجية لتفنيد كرابلين فقد تكون محاولة واحدة جيدة لدحض علمه كافية. ويبدو أن الاضطراب الفصامي الوجداني هو ذلك التفنيد، لأنه يصطدم بالتصور الرئيسي لعلم تصنيف الأمراض لكرابلين، وهو أن أنواع الهواس تصنف إلى صنفين.

فالسؤال التالي هو، ما هو الدليل التجريبي لجدوى مفهوم الاضطراب الهواسي الفصامي؟ إن تقييم صدق التشخيص، ما هو إلا عملية تنحدر في الطب المعاصر من مبادئ معينة، أول من وضعها الطبيب الإنكليزي توماس سدنهام في القرن الثامن عشر. وامتدت هذه المبادئ إلى الطب بفضل الباثولوجي الألماني رودولف فيرشاو في القرن التاسع عشر، ومعاصره الفرنسي المختص في الفيزيولوجيا كلود بيرنارد[2]. وباعتبار أن هذه المبادئ تكمن وراء التطورات المهمة في علم الطب

(1) إنه لمن العجب أن يتعامل العديد من الأطباء النفسيين، مثل العديد من العلماء بصفة عامة، مهنيًا بالرأي البوبري في العلم، ولكنهم يطبقون عمليًا وفقًا للنموذج البيرسي، وفي حقيقة الأمر، اكتسب منظور بوبر السيطرة الفكرية التي تبدو نوعًا ما عجيبة (انظر: الفصل 4).

(2) يعد ألمستاد ومرجع ألمستاد 1961 مصدرًا رائعًا في خصوص بيرنارد، ويعد تطور النظرية التشخيصية والباثولوجيا أمرًا معلومًا بشكل نسبي (بورتر 1997)، وتنسب بداية هذا التيار بشكل عام إلى توماس سدنهام (سدنهام ودوهارست 1966).

في القرن الماضي، قد لا يخطئ المرء عند القبول بها كمبادئ أولى، وباعتقاد راسخ. فكان الاعتقاد الرئيسي الذي قدمه سدنهام يتمثل في أن التشخيصات الطبية العلاجية يجب أن تقوم على متلازمات متواترة تتضمن مجموعات ثابتة من الأعراض. ويجب أن تكون هذه الأعراض مختلفة عن الأعراض الكامنة وراء تشخيصات أخرى. علاوة على ذلك، يضيف فيرشاو وبيرنارد أن الأعراض يجب أن تكون مؤكدة في التحاليل الباثولوجية والفيزيولوجية لأعضاء الجسم التي تنتج المرض. وبالتالي، فإن متلازمة مرض الصفراء والحمَّى ونزلة البرد، لو ظهرت بتواتر ومتزامنة مع فحص باثولوجي للكبد، سينتج لنا نموذج متعلق بالأنسجة يرتبط بتلك الأعراض، والذي بدوره يؤدي إلى تشخيص مرض التهاب الكبد. هذا ويرمي البحث إلى إيجاد العوامل المرضية في الكبد، التي تكشف المرض قد تعرف بالفيروس المسؤول في هذه الحالة. وقد يخلق البحث على ذلك الفيروس علاجات تقضي عليه في المختبرات. بعد ذلك، قد تبدد هذه العلاجات التي تعطى للبشر أعراض متلازمة التهاب الكبد. هذه هي الكيفية المعتبرة، والتي يواصل بها علم الطب مهمته اليوم. إضافة إلى ذلك، ذكر سدنهام وآخرون أن متلازمات معينة بدت تسري في العائلات. وبناء عليه، أضافوا التاريخ العائلي للمتلازمة كأحد الخصائص المتعلقة بالمتلازمات المقترحة.

ويشرّع هذا المنظور في الممارسة الطبية اليوم في مؤتمر الباثولوجيا الإكلينيكية، وأشهره في المستشفى العام بماساشوستس، وحيث يُعلن عنه أسبوعيًا في صحيفة الطب بنيو إنكلترا منذ عقود. انبهر أحد الحاضرين في هذا المؤتمر الأسبوعي في المستشفى العام بماساشوستس بطبيعة العملية، حيث إن الإكلينيكيين يفسرون العلامات والأعراض المعقَّدة التي عانى منها المرضى، وتصورات العلاج والفشل المحتوم في الرد على علاج التشخيصات الأولى. هذا وتؤخذ عينة للتحليل الباثولوجي، ويظهر طبيب علم الأمراض، بشكل شبه منتظم كالعالم المنقذ، يوعلن التشخيص الصحيح. وفي الحالات التي تؤخذ منها العينة الباثولوجية والمريض ما زال حيًا، يستطيع الإكلينيكيون إنقاذ حياة المريض بعلاجات تُعنى بالتشخيص الذي أصبح معروفًا الآن.

من الواضح أن الطب النفسي يعاني من مشكلة كبيرة في النموذج الخاص بمؤتمر الباثولوجيا الإكلينيكية للممارسة العلاجية. فلا نملك طبيب علم الأمراض المتكلم الحاضر لمساعدتنا. ومثل المتخصصين في علم الأعصاب، نعتقد أننا نعرف موطن الأمراض في الأمراض النفسية الرئيسية: في الدماغ. ولكن خلافًا للمتخصصين في علم الأعصاب، لا نعرف بالضبط أين وكيف تظهر هذه الباثولوجيا بصفة منتظمة.

(5)

ولمواجهة هذا الإشكال، اقترح روبنز وصامويل جوز بجامعة واشنطن في سان لويس صياغة نفسية للعملية العلاجية للتشخيص، قد تثبت وهذا ما كانا يرجوانه علمًا لتصنيف الأمراض النفسية أكثر علمية (روبنز وجوز 1970)[1]. وبما أننا لا يمكننا أن نعتمد على الباثولوجيا كوسيلة رئيسية لتثبيت صحة التشخيص، جادل روبنز وجوز أننا يجب أن نعتمد على معطيات مأخوذة من عدد من المناهج المختلفة لتثبيت صحته. ولو ظهرت إمكانية لأن تلتقي الأنواع العديدة المختلفة في تشخيص واحد، لحكمنا بأن التشخيص صحيح. كما قدما أربعة عوامل من الممكن أن تؤكد صحة التشخيص. أولًا: فينومولوجيا المتلازمة في شكل أعراض من مختلف الأصناف: فيميز الاضطراب الهواسي بظهور الأوهام والهلوسات، بينما عند ظهور مزاج سيئ مع تغيرات في شهية الطعام والنوم والاهتمام بالمشاغل اليومية والاندفاع للعمل بمتلازمة الاكتئاب. ثانيًا: مسار المرض: كما أكد كرابلين، يعكس الفصام مسارًا مزمنًا سيئًا، بينما المرض الوجداني لا يظهر ذلك. أما ثالثًا: التاريخ العائلي للمرض، أو الأساس الجيني للمتلازمة: يفترض

(1) كانت هذه المقالة نقطة مفصلية في تطور علم تصنيف الأمراض النفسية إلى أن بلغ الدليل التشخيصي والإحصائي المراجعة الثالثة ذروته، وتعتبر هذه المقاربة الأساسية في جمع مختلف المصادر لدعم فاعلية البحث في تصنيف الأمراض (في غياب مقياس ذي جدوى) شبيهة جدًا بالمفهوم العام للطب النفسي المتعدد الصادر عن ياسبرز، وبشكل عام، قبلت الأوساط الأبستمولوجية هذا المنهج رغم أنني لا ألاحظ شيئًا معتبرًا في الطريقة التي من خلالها تعرض الكتابات المتعلقة بعلم الأمراض النفسية المزمنة على مستوى التبرير، ولعل جودوين وجيز 1989 أفضل المصادر الشاملة، والذي يعد الملخص الأفضل والوحيد لمبحث تصنيف الأمراض النفسية الحديث تحت إشراف إطار نظري أساسه مدرسة الكرابلين الجديدة.

أن لمرضى الفصام تواريخ عائلية مع الفصام، ولكن المرضى الذين يعانون من المرض الهواسي الاكتئابي قد لا يكون لهم تواريخ عائلية مع الفصام. ورابعًا: الاختبارات البيولوجية أو المخبرية: تهدف إلى الباثولوجيا أو الفيزيولوجيا الدفينة وراء المرض، ففي الطب النفسي لا نملك مثل هذه الاختبارات في الوقت الحاضر. وبما أن العامل المؤكد الرابع غير متوفر في الطب النفسي، اقتُرح عامل خامس وهو الرد العلاجي لغرض تأكيد صحة العملية: قد يتفاعل مرضى الفصام مع مضادات الهواس، ولكن ليس مع مضادات الاكتئاب. ويمكن للمرضى الذين لديهم متلازمة الاكتئاب أن يتفاعلوا مع مضادات الاكتئاب ولكن ليس لمضادات الهواس.

كما اعترف روبنز وجوز، أن لا أحد من هذه العوامل يفي بالغرض لوحده لتأكيد صحة المتلازمة. وغالبًا ما يكون هناك تداخل متلازمي، كما هو الحال مع الاضطراب الفصامي العاطفي. أو تكون المعطيات الجينية من البحث متضاربة. فقد تقترح بعض الدراسات، على سبيل المثال، أن المرضى المصابين بالفصام لهم أقارب يعانون من المرض الهواسي الاكتئابي. هذا ويمكن أن يتدخل الرد العلاجي كذلك: حيث تفيد مضادات الهواس كذلك مرحلة الهواس في المرض ثنائي القطب. ولكن تلك كانت فكرة هذه المقاربة: كلما كان لدينا مؤكدات أكثر تسير في نفس الاتجاه، كان من الممكن أكثر معرفة التشخيص الصحيح. إضافة إلى ذلك، تعد الفلسفة العلمية في هذه المقاربة منهج بيرس الاستقرائي لتأكيد النظرية، عوضًا عن منهج بوبر الاستنتاجي لتكذيب النظرية.

وبهذه الخلفية، علام تنبني الحجة بخصوص الاضطراب الوجداني الفصامي؟ وبشكل واضح، فالحجة هي عدم التوافق جزئيًا على فلسفة العلم الرئيسية. فيرى معارضو كرابلين الاضطراب الوجداني الفصامي كتكذيب كاف لعلم تصنيف الأمراض الحالي. بينما يعتبر الكرابليون، متبعين نموذج روبنز وجوز لتأكيد جدوى علم تصنيف الأمراض، أن التداخل الإكلينيكي للمتلازمة الوجدانية الفصامية هو العامل أول يستلزم أخذه بعين الاعتبار في تقييم مدى صلاحية الاضطراب الوجداني الفصامي كتشخيص مستقل بذاته يمكنه أن ينقض علم تصنيف الأمراض

الكرابليني. بالأحرى، يطرحون السؤال التالي: كيف يعمل الاضطراب الفصامي الوجداني على المعايير الأخرى؟

والجواب: ليس كما هو مأمول. ومن جهة مسار المرض، لا يبدو للاضطراب الوجداني الفصامي أن ينقسم إلى صنف منفصل: يبدو للمرض الوجداني الفصامي نوع ثنائي القطب المرضى الذين لديهم أعراض المس إلى جانب أعراض الهواس المزمن مسار يشبه الاضطراب ثنائي القطب. وفي المقابل يتبع نوع أحادي القطب ـ المرضى الذين يعانون من أعراض اكتئاب إلى جانب هواس مزمن نفس مسار مرض الفصام الكلاسيكي. وعلى نحو مماثل، في الدراسات الجينية، يُعزل المرض الوجداني الفصامي نوع ثنائي القطب بشكل متواتر مع المرض ثنائي القطب، في حين يُفصل الاضطراب الوجداني الفصامي النوع الاكتئابي أحادي القطب، عن مرض الفصام الكلاسيكي في العائلات. وفي الرد العلاجي، يتطلب نوع ثنائي القطب، مثله مثل الاضطراب ثنائي القطب، عوامل تساعد على استقرار المزاج، ويتطلب نوع أحادي القطب، مثله مثل الاكتئاب أحادي القطب، مضادات الاكتئاب. وبمعنى آخر، لا تصنف العوامل المتنوعة الاضطراب الوجداني الفصامي كتشخيص صحيح يمكن أن يحدد من مرض الفصام، والاضطراب ثنائي القطب، والاكتئاب أحادي القطب. وفي واقع الأمر، يبدو أنه قابل للانقسام، سواء بالاعتماد على نوع أحادي القطب أو نوع ثنائي القطب، إلى مرض ثنائي القطب أو فصام. وتدعم بعض المعطيات الجينية احتمال أن يكون الاضطراب الوجداني الفصامي حصيلة جينية لامتلاك كل من مرض الفصام والمرض الوجداني في نفس الوقت. وبالتالي، يتمثل الرأي الكرابليني في أن أغلب المعطيات المتعلقة بالبحث تقيم الحجة على أن الاضطراب الوجداني الفصامي ليس وضعًا منفصلًا يعكس عدم جدوى علم كرابلين لتصنيف الأمراض، ولكن إما أن يكون تباينًا بين مرضين رئيسيين لذلك العلم، أو نتيجة جينية لوجود هذين المرضين العقليين الرئيسيين.

(6)

ويمكن أن نلاحظ مقاربتين مختلفتين للعلم هنا، حيث إن معارضي كرابلين يتخذون الرأي القائم على الجزم بالكل. فتكون النظرية إما صحيحة بشكل كامل حيث لا تترك هامشًا للاستثناءات، أو تكون خاطئة. وفي المقابل يتخذ الكرابليون رأيًا تقريبيًا وهو الرأي الذي يعد شبيهًا أكثر بالقرارات العملية للقانون والنظام القضائي منه بالتصورات الخاصة بفلسفة العلم. ويقر هذا الرأي أن علينا أن نقبل بنظرية إذا كانت أرجحية الدليل تدعم صدقه، في غياب للمؤكدات الحاصلة التي تقدمها الباثولوجيا والفيزيولوجيا.

وأنا أميل إلى الرأي الكرابليني الذي يعتبر أقرب إلى الضوابط المتعارف عليها في علم الطب الحديث. وكما تبين في الفصل (4)، على الرغم من أن قطعية بوبر تبدو جيدة على الورق وتعمل في مملكة الفيزياء المجردة، فهي تشهد اضطرابًا كبيرًا بالبيولوجيا والطب. وإضافة إلى ذلك، يجب أن يكون هناك شيء يجب أن يقال حول المزايا البراغماتية لعلم الطب الحديث التي تعمل تحت القواعد الاستقرائية المقدمة هنا. وفي نهاية المطاف، يعد علم الطب قائمًا كذلك على منظور بوبر حينما يتعلق الأمر بالباثولوجيا. فإذا لم تتوافق النتيجة الباثولوجية مع المتلازمة، تتفوق الباثولوجيا على المتلازمة. فالمشكلة متمثلة في أن هذا ليس حال الطب النفسي في الوقت الحاضر. كما أن للمرض الوجداني الفصامي دليلًا متعلقًا بالمتلازمة فقط، حيث تنقصه معطيات جينية ومعطيات تخص مسار المرض وأخرى مرتبطة بالرد العلاجي، والتي يمكن أن تزعزع أركان النظام الكرابليني. فإذن، لا يمكن التفوق على الأدلة التشخيصية الأخرى التي تدعم النظام الكرابليني، بدليل مرتبط بالمتلازمة بشكل حصري فقط.

(7)

وبمعنى آخر، وبما أن كل التصنيفات الطبيعية للأشخاص بخصائص تشخيص معين هي قياسية (متعلقة بالأبعاد)، ترتكز كل الاختلافات التصنيفية على الطرق المختصرة القائمة على ميزان الأبعاد (كما في الرسمين 13.1 و13.2). ويعد

هذا ببساطة حقيقة بيولوجية. هذا ونحتاج أن نكون منفتحين على الاختلافات التصنيفية، حيث أنها وكأنواع مثالية مفيدة في التقاط الاختلافات بين تجمعين ككل. لكن سيكون هناك كذلك مناطق تداخل حيث يجب أن نكون مستعدين لنوسع الأصناف القديمة إلى مفاهيم الأطياف، حيث يتقاسم المرضى خصائص غير كلاسيكية عديدة ترتبط بمرضين (كما في الاضطراب الوجداني الفصامي أو كما في الطيف ثنائي القطب). وبهذا المعنى، تعد الاضطرابات الرئيسية المتعلقة بالمزاج والهواس شبيهة نوعًا ما بتشخيصات التخلف العقلي حيث تستعمل الطرق المختصرة المرتكزة على معدلات حاصل الذكاء القائمة على الأبعاد، وذلك للتعريف بالتخلف العقلي من الناحية التصنيفية.

كان هذا التمييز بين التفكير التصنيفي والتفكير المرتبط بالأبعاد يصبُّ في جوهر جزء من معارضة ماير لعلم كرابلين. شعر ماير أن كرابلين كان تصنيفيًا خالصًا وأنه لم يستحسن النزعة القياسية البعدية لمتلازمات المرضى، التي يراها ماير بشكل رئيسي كردود أفعال لمكدرات الحياة. ومع هذا كله، كان كرابلين مناصرًا للجانب التصنيفي ومصنفًا للأمراض ذي نزعة قياسية بعدية (وغالبًا ما تكون هذه المرونة في مقاربته غير معترف بها). وبناء عليه، يمكن أن نسمح بالنزعة القياسية في التشخيص النفسي دون التخلي عن الأصناف برمتها، بما أنها تطبق على أمراض المزاج والهواس الرئيسية. هذا وأعتقد أن مسألة اضطرابات الشخصية تثير شكوكًا أكثر حول مدى إفادة المقاربة التصنيفية للتشخيص.

اضطرابات الشخصية

(8)

أين تضفي مقاربات الأبعاد للمتلازمات النفسية معنى في علم تصنيف الأمراض الحالي؟ على الأرجح المجال الأكثر أهمية هو الشخصية. يبدون من المنطقي أن يعاني الشخص من الأوهام، المس، نوبات الهلع، أو العادات القهرية أو لا يعيشها. وبالتالي، تبدو هذه التشخيصات (الفصام، المرض الهواسي الاكتئابي، الاضطراب

الهلعي، الاضطراب الوسواسي القهري) تصنيفية، ويساند قدر مهم من البحث هذا الرأي. ولكن ماذا عن الشخصية؟ في الدليل التشخيصي والإحصائي هناك محور اهتمام ثان يترك جانبًا لتسجيل اضطرابات الشخصية. ويفترض لاستعمال محاور مختلفة (وضع الاضطرابات التصنيفية المبينة أعلاه على المحور 1 ووضع اضطرابات الشخصية على المحور 2 ووضع الأوضاع الطبية العلاجية ذات العلاقة بالموضوع على المحور 3) أن يذكر الإكلينيكيين أن يقيموا شيئًا ما على كل محور لكل مريض. إذن، بينما نعاني أو لا من مرض الفصام، فكل واحد لديه شخصية من نوع أو من آخر، وكل واحد لديه حالة صحية بدنية علاجية. ويكون تقييم الشخصية على المحور 2 حيث يدعم اعتماد الدليل التشخيصي والإحصائي على التشخيصات التصنيفية بصفة أقل من قبل أدبيات البحث.

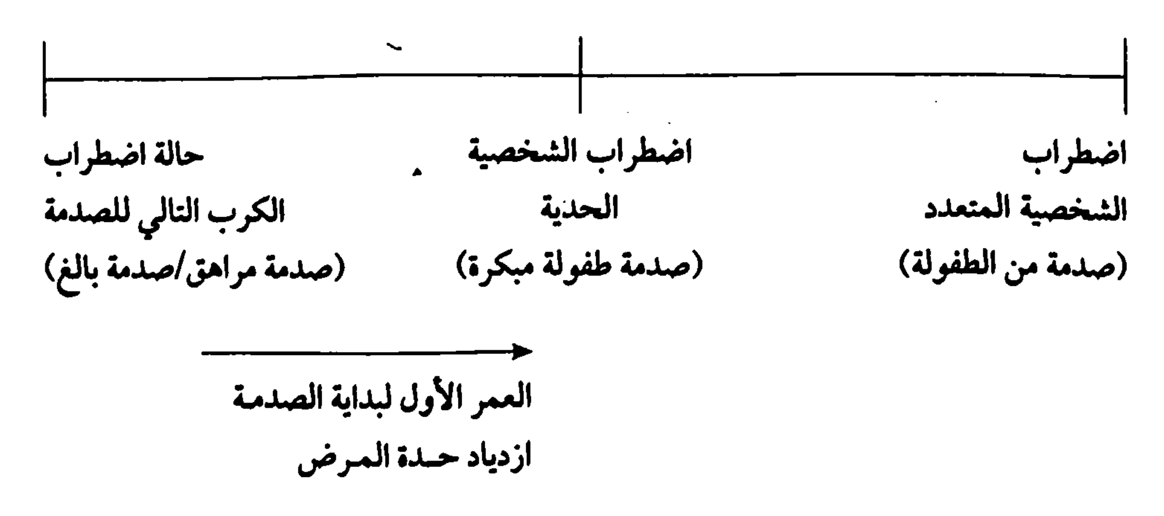
وتاريخيًا، ترتكز توصيفات الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطرابات الشخصية، مثل الشخصية النرجسية والرافضة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدي، مباشرةً على المفاهيم التحليلية النفسية التي ترجع إلى سبعينيات القرن العشرين وما قبلها. وذكر المحللون النفسيون في الخمسينيات والستينيات على وجه الخصوص أن الكثير من مرضاهم الذين بدا أنهم يعانون من نوبات مستمرة من العصاب كانوا في الواقع يعانون من المرض أكثر مما بدا عليهم من النظرة الأولى. وعندما أجرى هؤلاء الأشخاص العصابيون جلسة تحليل نفسي فقد حدثت كل أنواع الأشياء غير العادية التي لم تحدث مع أغلب المرضى «القلقين جدًا» الذين عالجهم المحللون النفسيون. إضافة إلى ذلك، ظهرت صراعات مهمة بين المحللين وهؤلاء المرضى غير العاديين حيث أصبح المحللون يعبِّرون عن غضب من نوع خاص (**كراهية متحولة**) تجاه هؤلاء المرضى. هذا وينهي المرضى علاجهم، وينتقلون من محلل إلى الآخر دون نجاح. وعليه أصبح المرضى في بعض الأحيان مصابين بالهواس وهو ما يجعل البعض يطلق على حالتهم «الفصام شبه عصابي» لأنهم بدوا عصابيين، ولكن أصبحوا في الحقيقة عصابيين تحت مجهر التحليل النفسي. وبعد ذلك، يحدد هؤلاء المرضى بأنهم كانوا بين حدي العصاب والهواس، وأن مشاكلهم تبدو كأنها مظهر من مظاهر شخصياتهم على مدى الحياة،

وليست مجرد أعراض صراعات عادية يعيشها معظم الناس مع شخصياتهم العادية (عصابيون بدرجة وسطى). وبناء عليه، أصبح اسم الشخصية الحدّية مألوفًا لوصف هؤلاء الأفراد ويبقى قيد الاستعمال كنوع رئيسي لاضطراب الشخصية التي يقع تشخيصها في الطب النفسي المعاصر[1].

ومع هذا كله، هل هذه المقاربة التصنيفية لتشخيص اضطرابات الشخصية صادقة التشخيص؟

(9)

مما يمكن قوله هو أن المقاربة التصنيفية لاضطرابات الشخصية مفيدة على المستوى الإكلينيكي في بعض الأحيان، لكن يمكن فهم هؤلاء المرضى بشكل أفضل من الناحية البعدية ضمن ميزات الشخصية في حديها. فلنأخذ اضطراب الشخصية المتعدد واضطراب الشخصية الحدية، وحالة اضطراب الكرب التالي للصدمة كأمثلة. وأقول إن هذه الأصناف الثلاثة تفهم بشكل أفضل كأنواع من اضطراب الطيف الانفصالي (رسم 13. 3).



رسم (13 . 3) اضطراب الطيف الانفصالي.

(1) يعد تاريخ مفهوم الشخصية الحدية تاريخًا طويلاً ومتشعبًا، وفي هذا الشأن، كتب نص إكلينيكي قابل للقراءة حول هذا الموضوع من قبل جون جاندرسون (1984)، ويمكن أن تجد المقاربتين الكلاسيكيتين ذات التوجه التحليلي النفسي في نصوص كتبها أوطو كرنبورغ (1975، 1976) وهانز كوهات (1971).

وقد يكون هذا هو الحال لأن الباثولوجيا النفسية الكامنة في هذه الحالات الثلاث جميعها هي ظاهرة الانفصال، حيث يكون الشخص بمعزل عن الاتصال مع العالم المحيط به لبرهة من الزمن. ويدعم البحث هذه الفرضية باستعمال مقياس التجارب الانفصالية الذي يبين أعراضًا متزايدة، حينما يتحول إلى يمين الرسم (في اتجاه اضطراب الشخصية المتعدد) (كربي، شو، ديل 1993). وأثناء هذه الفترات، يمكن أن يعيش المرضى حالات الشرود، فترات الانعزال في عالم خارجي وفقدان الذاكرة ونوبات هلع والرجوع إلى فترات الصدمة. ويشعرون بجمود عاطفي، إن صح القول، أثناء هذه الفترات. يرى المرء في اضطراب الشخصية المتعدد تاريخ أكثر حدة للصدمة الجنسية، بينما في اضطراب الشخصية الحدية فيكون تاريخ الصدمة متأخرًا بشكل طفيف في فترة الطفولة وأحيانًا أقل حدة، أما في حالة اضطراب الكرب التالي للصدمة، فتظهر الصدمة في فترة متأخرة من الطفولة أو فترة الكهولة. سيفسر هذا التصور أيضًا كيف أن المرضى يتراوحون بين هذه التشخيصات، أو يمتلكونها بشكل مشترك، ربما كانعكاس لشدة أعراضهم في فترة معينة من حياتهم.

(10)

للنوعين الآخرين الرئيسيين لاضطراب الشخصية المشخصة غالبًا، كالشخصية النرجسية واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع جذور مماثلة. فكانت أعراض النرجسية قاسمًا مشتركًا ضمن الأشخاص الحاملين لسمات الشخصية الحدية المذكورة أعلاه، ومعروفة أكثر لدى الذكور بالمتلازمة كاملةً منها لدى الإناث. هذا وقد وجد بالفعل قدر كبير من التداخل بين الاضطرابات النرجسية واضطرابات الشخصية الحدية عند تشخيصهما إكلينيكيًا. علاوة على ذلك، فضلت المدارس المختلفة لفكر التحليل النفسي تاريخيًا أحد هذين التشخيصين أو الآخر، واحتفظ بكليهما في الدليل التشخيصي والإحصائي. وكان يطلق على اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع السيكوباتية لوصف الأفراد (أغلبهم رجال) ممن كان لديهم مشاكل قانونية عديدة، ولديهم ميل لارتكاب جرائم وليس لديهم أي شعور بالندم (أو وعي أو أنا الأعلى). كما يشخص العديد من الأفراد في السجون بهذه الحالة

عند تطبيق مقاييس الدليل التشخيصي والإحصائي.

وعلى عكس التشخيصات التصنيفية المؤسسة بشكل جيد (مثل الفصام أو المرض الهواسي الاكتئابي)، تظهر الدراسات الإكلينيكية لاضطرابات الشخصية قدرًا كبيرًا من التداخل. ويعني ذلك أن أشخاصًا كثيرين إن لم يكن أغلبهم الذين يقع تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، تتوافق وضعياتهم كذلك مع مقاييس تكشف الشخصية النرجسية أو اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع، أو تشخيصات أخرى. فهناك دليل تجريبي لصالح التشخيصات التصنيفية لتلك الحالات الثلاث لدى بعض الأشخاص. ومع هذا كله، لاضطرابات الشخصية الأخرى الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي (اضطراب الشخصية شبه الهستيري، الاجتنابي، الوسواسي القهري، شخصية شبه فصامية، والشخصيات الفصامية) تأييد ضعيف لتثبت كتشخيصات صالحة. فتظهر الشخصية شبه الهستيرية دائمًا فقط مع الشخصية الحدية أو النرجسية. أما الشخصية الاجتنابية فتبدو أنها نوعية عامة من اضطراب القلق التصنيفي الصحيح، والرهاب الاجتماعي، وبالتالي فهي ليست حالة شخصية على الإطلاق. كما تبدو الشخصية الفصامية نوع معتدل من مرض الفصام بعلامات وراثية جينية مماثلة وبأعراض هواسية كامنة تتجاوب مع نفس الأدوية[1].

(11)

رغم أننا نملك جميعًا الأفكار والأحاسيس، يظهر مرض الفصام والمرض الهلعي الاكتئابي كوكبة من الأعراض يسهل تمييزها بطريقة منطقية عن الأشخاص العاديين. هذا وتعد اضطرابات الشخصية أكثر غموضًا. رغم أننا لدينا جميعًا شخصيات، ولكن فقط البعض منا يعاني من اضطرابات الشخصية. إذن، أين

(1) لا يمكن أن أفي حق المجال الواسع لاضطرابات الشخصية، وأحاول هنا أن ألخص بإيجاز بعض التفاسير الخاصة بهذا الاختصاص لكي أضع مختلف التعليقات في سياق النقاش الأوسع بخصوص علم تصنيف الأمراض بصنفيه المرتبط بالأبعاد والمرتبط بالأصناف، ولا يمكن لأحد أن يذهب بأن تفسيري الموجز الخاص باضطرابات الشخصية هو تفسير شامل، أو أنه مدعّم بالمراجع بشكل كاف.

نرسم الحد؟ حسب رأيي، القائم على فهمي للبحث التجريبي، فإن اضطرابات الشخصية قياسية بطبيعتها، بطريقة يكون من الصعب خلالها أن تصنف حتى في طرفي النقيض، وهذا خلاف لأمراض المزاج والهواس الرئيسية.

ولفهم هذا الرأي، نحتاج أن نتفحص البحث في علم النفس التجريبي حول الشخصية العادية. والأرجح أن أول من خاض في هذا الشأن هو هانز إيزانك (1953)، وهو طبيب نفسي بريطاني مميز. وضع إيزانك بعد الشخصية المعروف بالانبساطية مقابل الانطوائية، الشيء الذي اقتبسه إكلينيكيًا من عمل ك. ج. يونغ. وبعدها أضاف إيزانك بعد العصابية للشخصية (قلق مرتفع مقابل قلق منخفض)، بالاعتماد على بحث تجريبي متقدم. وأخيرًا، قدم بعد الهواسية (تفكير شاذ). كانت هذه الأبعاد الثلاثة أول المقاربات المؤكدة تجريبيًا للبحث في خفايا الشخصية البشرية. كما اقترح بحث متأخر تغيير بُعد الهواسية لعكس الإرادة للانشغال بسلوكيات جديدة، وأطلِق عليها لفظ: «الانفتاح للتجربة». وتمثل تلك الأبعاد الثلاثة (العصابية والانبساطية والانفتاح للتجربة) أساس اختبار الشخصية المستعمل بصفة شائعة. ويمكن أن توضع كل شخصية على سلم بهذه المحاور الثلاثة، ويسقط أغلب الأشخاص في مكان ما قريبين من وسط كل محور، ويعني ذلك أن معظم الأشخاص ليسوا انبساطيين جدًا وليسوا انطوائيين جدًا، بل قلقين نوعًا ما في بعض الأوقات، ولكنهم ليسوا قلقين بشكل بالغ، ومهتمين بتجارب جديدة ولكنهم غير مندفعين أو يتسمون بصفة الخجل المبالغ فيه. كما يمكن أن يسقط شخص ما في اتجاه النقيض على محور أو أكثر. قدم روبرت كلونينجر الطبيب النفسي الذي أجرى العديد من البحوث في أبعاد الشخصية وكذلك في اضطرابات الشخصية التصنيفية، دليلًا تجريبيًا قويًا على إمكانية التوفيق بين المقاربتين (البعدية والتصنيفية) (كلونينجر، سفراكيك وبزيبيك 1993). فأولئك الذين هم على حد محور أو أكثر من محاور الشخصية يمكن أن تكون لهم خصائص شبيهة بالأوصاف التصنيفية التي قدمها الدليل التشخيصي والإحصائي في اضطراب الشخصية. وبالتالي، قد يتوافق الأشخاص الذين لهم انبساط عالي وانفتاح عالي للتجربة بدرجة عصابية عالية مع مقاييس اضطراب الشخصية الحدية

أو النرجسية. وأما هؤلاء الذين لديهم نفس الملامح ولكن بدرجة منخفضة من العصابية يمكن تشخيصهم باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

قدم كلونينجر (1999) طريقة منفصلة لتقييم الشخصية قياسيًا (من الناحية البعدية)، ترتكز على ثلاثة إلى خمسة أبعاد. كما ميز بين الطبع العام وطابع الشخصية، وهذا يمكن أن يثبت أن هذه الطريقة مفيدة للتدقيق أكثر في فهمنا البعدي القياسي للشخصية. وفي مكان ثلاثية إيزانك (العصابية والانبساطية والانفتاح للتجربة)، ركز كلونينجر ثلاثة أبعاد رئيسية أخرى (لكنها مترابطة): تجنب الضرر (النزعة للقلق مقابل المخاطرة)، التطلع للتجديد (الاندفاعية مقابل الجمود) والإصرار (الثبات مقابل التقلب). إضافة إلى ذلك، أخذ بعين الاعتبار هذه الأبعاد الرئيسية الثلاثة للشخصية لتمثيل المزاج البيولوجي في الشخص، وهو مرتكز أساسًا على الجينات. وعلى ضوء دراسات أجريت على الحيوانات، ربط البعض كذلك نظمًا معينة من نواقل الأعصاب بأبعاد الطبع العام: دوبامين للتطلع للتجديد، سيروتونين لتجنب الضرر، نورإبينفرين للإصرار.

وبعد، يضيف كلونينجر ثلاثة أبعاد أخرى: التوجه الذاتي، مبدأ التعاونية، والسمو الذاتي، وسمى هذه الأبعاد أبعاد طابع الشخصية التي تكتسب أساسًا من الثقافة والعائلة. فالشخصية هي حصيلة مجموع الطبع العام مع طابع الشخصية، وبالتالي تحتوي على هذه الأبعاد الستة. وتابع كلونينجر قوله بأن اضطرابات الشخصية المتنوعة يمكن أن تفسر وتفهم بشكل أفضل كمجموعات متنوعة من حدي نقيض هذه الأبعاد للشخصية. ويتوسع في تحليله ليشمل كل التشخيصات النفسية، ولكن لجملة من الأهداف أريد أن أتحالف مع مقاربته، بما أنها ترتبط على الأقل باضطرابات الشخصية.

أعتقد أن الدليل التجريبي عند هذه الفكرة كافٍ للطب النفسي ليعيد تنظيم تفكيره بخصوص اضطرابات الشخصية، وليدرك أنها ترتكز بطبيعتها على الأبعاد الرئيسية للشخصية.

(12)

وخلاصة القول، أقول إن زوايا النظر المختلفة للتفكير التصنيفي والتفكير القياسي (المتعلق بالأبعاد) لا تطبق اعتباطيًا على الوضعية النفسية. كما ليس لأحد زوايا النظر تلك أو لأخرى أن تصف بدقة كل الحالات النفسية. هذا وتوصف بعض الوضعيات (الكثير من وضعيات المحور 1 وهي الاضطراب الهواسي، واضطراب المزاج، واضطراب القلق) بشكل أفضل بمقاربة تصنيفية أوسع، بينما توصف الوضعيات الأخرى (خاصة اضطرابات الشخصية المحور 2) بشكل أفضل بمقاربة بعدية أوسع.

(13)

وأخيرًا، في المراوحة بين التصورات البعدية والتصورات التصنيفية، أعتقد أن من الأهمية أن نفسر بوضوح قضية البيولوجيا الكامنة وراء الأمراض النفسية، إضافة إلى دور أحداث الحياة.

يمكن مقاربة بيولوجيا الأمراض النفسية بطرق مختلفة قليلة (رسم 13.4). بالأصل كان أمل كرابلين وآخرين أن تتبع بيولوجيا الأمراض النفسية نموذج المرض المعدي، أي: سيتم اكتشاف مسببات الأمراض القوية الفردية من خلال العمل ابتداء بالتشخيصات التي تعكس الأمراض الكامنة الخاصة بمسببات الأمراض تلك.

نموذج المرض المعدي

أسباب الأمراض «أ» ← المرض «أ» ← التشخيص «أ»

أسباب الأمراض «ب» ← المرض «ب» ← التشخيص «ب»

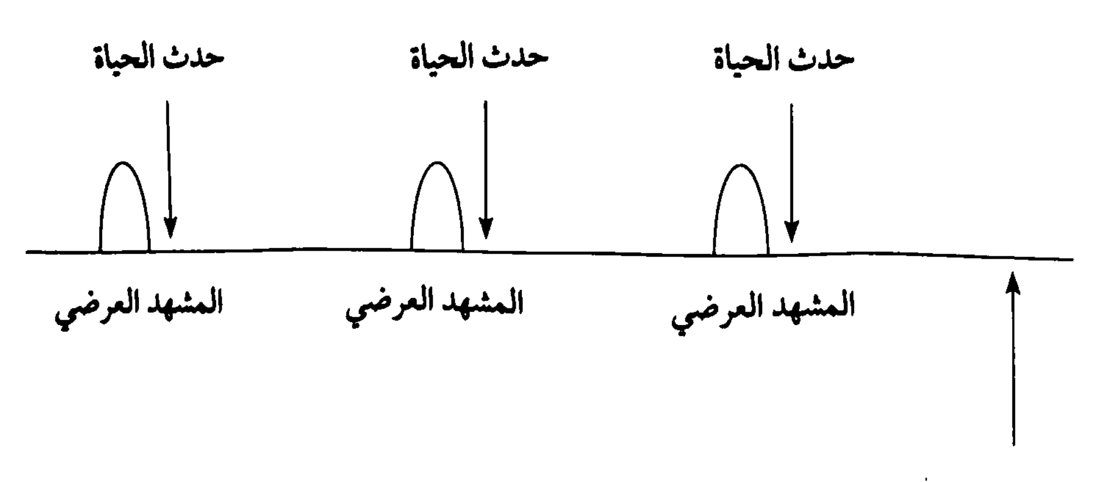
نموذج مرض السكّري

أسباب الأمراض «أ»
أسباب الأمراض «ب» ← فيزيولوجيا الأمراض المشتركة «أ» ← التشخيص «أ»، التشخيص «ب»، التشخيص «ج»
أسباب الأمراض «ج»

رسم (13. 4) بيولوجيا الأمراض النفسية.

كما أثبتت مئة سنة من البحث البيولوجي الذي أجرته عقول فذة، أن هذا الأمل لم يكن مرتكزًا على حقيقة. ولسوء الحظ، تتأثر معظم الأمراض النفسية بعدد من الجينات كمؤثر صغير وعدد من المسببات البيئية التي تلتقي في عدد قليل من المسالك المرضية الفيزيولوجية النهائية المشتركة. كما يبدو أن الماهيات التشخيصية ليست مختصرة على فيزيولوجية مرضية فريدة، أو أي مسبب للأمراض. فهذا شبيه أكثر بنموذج مرض السكري، كما يفهم في الوقت الحاضر منه بنموذج الأمراض المعدية. ويعد الكولسترول المرتفع وارتفاع ضغط الدم أمراضًا أخرى بنفس الحالة وهي عدم فهمها.

إذا قبلنا بنموذج مرض السكري كأساس لبيولوجيا الأمراض النفسية، من الممكن أن يعترضنا نموذج أهبة الإجهاد لتلك البيولوجيا (رسم 13.5). ويحاول هذا الرسم أن يفسر التفاعل بين علم الجينات والمحيط في التأثير في البيولوجيا ومسار المرض. وفي حالة معظم الأمراض النفسية المهمة، تخلق التأثيرات الجينية المرتبطة بتأثيرات البيئة المختلفة خط قاعدة قابلية التأثر البيولوجي للأمراض النفسية (مثال الاضطراب ثنائي القطب). إضافة إلى ذلك، تقوم أحداث الحياة في الفترة المتأخرة بوظيفة كمسببات لظهور نوبات المزاج. هذا ولا تسبب أحداث الحياة المتأخرة المرض بالمعنى العام حيث إنها تحدد فقط متى وكيف يظهر المرض بشكل متواتر، في نوبات المزاج أو الهواس. فتعد النوبات جزءًا من المرض وليست المرض ككل. وفي حقيقة الأمر، لا يمكن للمرض أن يظهر دون القابلية البيولوجية الكامنة للتأثر. وبناء عليه، تعد القابلية البيولوجية للتأثر عنصرًا ضروريًا للمرض، غير أن أحداث الحياة هي ظروف تخلق الشروط الكافية للمرض لكي يظهر. وتعتبر أحداث الحياة والقابلية للتأثر أهدافًا مشروعة للتدخل عن طريق العلاجات النفسية والأدوية، على التوالي. وعلى غرار ذلك، يجب أن نذكر، كما نوقش في الفصل 23، بأن القابلية البيولوجية للتأثر ليست ثابتة. فالدماغ مرن: يتغير كلما ازدادت أحداث الحياة. وبالتالي، يمكن أن تزيد أحداث الحياة أو تخفض، بطبيعتها، القابلية الكامنة للتأثر بالمرض. وحيثما تزداد القابلية للتأثر بالمرض على مدى الزمن، يتطلب ذلك عددًا أقل من أحداث الحياة لتصبح نوبات المرض ظاهرة (وهذا يطلق عليه أحيانًا نموذج الاضطرام).



رسم (13. 5) ـ نموذج أهبة الإجهاد للأمراض النفسية ـ

وباعتبار علم تصنيف الأمراض، تتمثل الصلة الوثيقة لهذا النقاش في أننا نتراوح بين التشخيصات والأمراض الكامنة أو التركيبات البيولوجية للأمراض الموجودة. ونتمنى لو عكس كل تشخيص، على مستواه البسيط، ماهية مرض جوهرية. لا يبدو أن هذا هو الحال. وتتمثل القضية اللاحقة فيما إذا كانت تشخيصاتنا قد تعكس بيولوجيات دفينة للأمراض ذات الصلة. كذلك لا يبدو أن هذا هو الحال، لأن تشخيصاتنا قد لا تكون صادقة بشكل كافٍ ولأن بيولوجيا الأمراض النفسية قد تعكس بشكل أقرب الحالات الباثولوجية النفسية (كما أكده براغ) من التصورات التشخيصية المجردة (انظر: الفصل 11). وإذا كان هذا صحيحًا، فهو لا ينفي جدوى التصورات التشخيصية المجردة، ولكن قد تفيد بالحاجة إلى زيادة الدراسات الإكلينيكية المتعلقة بتصنيف الأمراض مع الدراسات الأخرى بشكل أقرب مرتبطة بالبيولوجيا الكامنة أو جينات هذه الأمراض. وقد تكون كذلك هذه الدراسات العلمية لتصنيف الأمراض مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بدراسات الأسباب البيئية والاجتماعية النفسية المتعلقة بالأمراض. وقد قدمت اقتراحًا على سبيل المثال، بأن مفهوم اضطراب الطيف الانفصالي قد يعكس بشكل أفضل الباثولوجيا النفسية وأسباب الأمراض لثلاثة تشخيصات تصنيفية غير مرتبطة فيما بينها. كما يقول كلونينجر إن أبعاد الشخصية قد تفسر بشكل أفضل اضطرابات الشخصية

بصفة عامة، وقد تكون هذه الأبعاد مرتبطة بشكل مباشر بالنظم البيولوجية ذات العلاقة، التي تؤثر في تلك الاضطرابات التي تمس الشخصية.

(14)

بصفة عامة، أعتقد أن التمييز بين التصنيفي والبعدي ليس مسألة «سواء هذا أو ذاك» في الطب النفسي. فيتجه الأطباء النفسيون إلى أحد حدَّي النقيض. وعلى ضوء هذه الاعتبارات، قد يكون ميلي لتأييد المقاربات التصنيفية لاضطرابات المزاج والهواس وللسماح بالأطياف البعدية للمناطق المتداخلة، وفي نفس الوقت لتأييد المقاربات القياسية (البعدية) لاضطرابات الشخصية. وكما ذكر في الفصول السابقة، أقر بهذه الآراء للرد على خلفية المقاربة المتعددة الأوجه لعلم تصنيف الأمراض الطب نفسي، مستعدًا لتبني دراسات علمية خاصة بتصنيف الأمراض لأهداف مختلفة، بالإضافة إلى اعتبار الأصناف الكلاسيكية كأنواع مثالية أكثر من كونها ماهيات مرض خالصة. كما أعتقد أن هذه المقاربة لعلم تصنيف الأمراض الطب نفسي تتجنب الدوغمائية، بالمراهنة على مزاعم معينة لوضعيات مخصوصة، وذلك بالاعتماد على نقاط قوة مناهجنا ونقاط ضعفها. هذا هو النموذج المتعدد الأوجه الذي يجري العمل به.

(15)

أريد أن أقيم، في الفصول (14 17)، عوضًا عن التركيز على التشخيصات، عددًا قليلًا من الظواهر الإكلينيكية المهمة في الممارسة الطبية النفسية، الباثولوجيا النفسية للصور الإكلينيكية الرئيسية المشاهدة في الأمراض العقلية.

الفصل الرابع عشر

مخاطر الاعتقاد
الهواس

يطبق لفظ الوهم بشكل فوضوي على كل الأحكام الخاطئة التي تتقاسم الخصائص التالية... (1) تستعمل بإقناع خارق للعادة، بيقين ذاتي لا مثيل له، (2) هناك استحالة النفاذ للتجارب الأخرى وللحجة المضادة المقنعة، (3) يعد محتواها مستحيلًا..

كارل ياسبرز، 1913م

(1)

يعدّ مفهوم الهواس متحيزًا. وهذا يمكن أن يوهن العزائم: قبل كل شيء، إذا لم نتمكن من الاتفاق على ما يعنيه الهواس، فكيف يمكن لنا أن نزعم بتشخيصه وبدرجة أقل بعلاجه؟ وعلى المستوى السطحي، يمكن أن نتوقع أن الهواس هو الأكثر بساطة من ناحية تشخيصه. حتى عديمو الخبرة، حينما يقابلهم شخص «معتوه» يتحدث لنفسه في ركن من أركان الطريق، يبدو أنهم قادرون على معرفة عارض هواسي لوساوس محتملة. فيبدو الهواس على المستوى الظاهري غريب الأطوار بتجربة سيكولوجية «عادية»، وبالتالي، فإن كونه مختلف عن التجربة العادية يجب أن يكون إدراكه سهلًا. والحال ليس هكذا مع المزاج، لأن الاكتئاب والسعادة جزء من التجربة الإنسانية العادية.

ومع ذلك، يبقى الهواس مثيرًا للجدل. وقد يعكس ميل الأطباء النفسيين

للنقاش، جزءًا من هذا الجدل. وقد يعكس جزء منه مشاكل حقيقية.

يتمثل الرأي المعياري في أن الهواس يعرف بحضور الأوهام والوساوس. فتوصف الوساوس كتجربة الظواهر الحسية، في غياب الحافز المناسب. وأن الأوهام هي عبارة عن اعتقادات ثابتة وخاطئة. ولكن الوساوس ليست مجرد تجارب حسية، لأن الفرد الذي يعيشها يحتاج أن يعتقد، وفقًا للمفهوم الكلاسيكي، أنها صحيحة بينما هي ليست كذلك. ولنضرب مثلًا على ذلك، إذا سمع شخص صوتًا وهو يعرف أن الصوت غير «حقيقي»، فهذا ليس هلوسة حقيقية من الناحية التقنية، وفقًا للبيانات النمطية الموجودة في النصوص الباثولوجية النفسية. هذا ويمكن أن يشار إلى هذه التجربة، عندما يكون للشخص وعي بأن لديه حالة من الهلوسة، أحيانًا كنوع شبيه بالهلوسة. على الرغم من أن هذه الألفاظ اعتباطية نوعًا ما، ويقر المفهوم العام بأن هناك مكون معرفي للهلوسة. فيعيش المرء شيئًا ما حسيًا، ويعتقد أنه حقيقي، عندما يكون غير حقيقي. وهذا يقود إلى الخلاصة بأن الأوهام، وهي العرض الهواسي المترجم في التفكير، ضرورية للهلوسات، وبناء عليه، فالهواس أخيرًا ينبني على حضور الوهم.

(2)

إذن، دعوني أرجع إلى الوهم. سبق وقلت أن الرأي المعيار الحالي يتمثل في أن الوهم اعتقاد خاطئ ثابت. ويضاف إلى ذلك أن هذا الاعتقاد الخاطئ الثابت يؤخذ ضد الدليل الذي لا يقبل الجدال إلى النقيض، وفي بعض الأحيان يكمن خارج حدود الاعتقادات التي تُقبل بأنها صحيحة في إطار ثقافة الفرد.

يظهر أن الرأي المعيار في الوهم له أربع خصائص على الأقل: أنه ثابت، خاطئ، يؤخذ ضد الدليل المسلم به، ويعتبر غير معياري (شاذ) ثقافيًا. ولكن هذه المميزات عرضة للشك.

أولًا، هل الأوهام ثابتة؟ ليست كذلك دائمًا. ومن الواضح أنها تُزال بالأدوية وأحيانًا تكون عرضة لبعض التقنيات العلاجية النفسية (مثل التقنيات المضادة للإسقاط لصاحبها هاري ستاك سوليفان). وكذلك، يمكن أن يُعتبر الفرد نفسه بأنه

يملك وهمًا بدرجة متفاوتة على مدى عدد من الأيام. وثانيًا، هل الأوهام خاطئة؟ ليست كذلك دائمًا. فالمثال الكلاسيكي هو متلازمة عطيل (الشك والغيرة على الزوجة) حيث يتملك الشخص وهم بأن زوجته تخونه بالاعتماد على كوكبة من النجوم ذلك اليوم مثلًا، ولأسباب غير معروفة على الإطلاق، تخيل أن زوجته في الحقيقة تخونه. فما زال يمكننا القول إن لديه وهمًا. وأن الخلاصة غير خاطئة، ولكن تفكيره غير صائب، لأنه غير منطقي أو ينحدر من مسلمات خاطئة. أما ثالثًا، ثالثًا، هل تستخدم الأوهام دائمًا ضد الأدلة التي لا جدال فيها على عكس ذلك؟ لا يملك الإكلينيكي عادةً دليلًا مسلَّمًا به، ومع ذلك، تشخص الأوهام. وقد يكون عدد كبير من الأدلة متوفر لنبين أن أوهام شخص ما، خاطئة، ولكن نادرًا ما يكون الدليل لا نزاع فيه. يحضرني مثال مريضة عانت من الهوس، ونقلت إلى المستشفى، لتخبرنا إثر وصولها، إذا اتصل كاردينال بوسطن فمن الأفضل أن نقوم بنقل الاتصال إلى غرفتها، وكانت قد عانت من أوهام إزاء العديد من المواضيع، وظننا أن هذا أحدها. لكن الكاردينال اتصل في تلك الليلة. أما رابعًا، هل الأوهام غير معيارية ثقافيًا؟ يمكن أن يبدد هذا مفهوم الوهم بحيث لا يمكن إدراكه تقريبًا. فمن الصعب أن نضع حدودًا بين ما هو مقبول ثقافيًا، والأفكار غير المقبولة. إذن، من الذي يطلق تلك الأحكام؟ علاوة على ذلك، إذا كانت بعض أنواع الهواس بيولوجية بالأساس، فلم يجب أن تختلف من ثقافة إلى أخرى؟

(3)

هذه اعتراضات معيارية للتعريفات القياسية للوهم. فلو طبقنا معيار الحقيقة العلمية البوبري (نسبة إلى بوبر)، لكان أحد من هذه الاعتراضات كافيًا لنقض مفهوم الهواس برمته، بغض النظر عن التناقضات بين نموذج الهواس الموحد، والثنائية الكرابلينية. هذا بالفعل ما يعلمه «معارضو الأطباء النفسيين» من أمثال ر. د.ليغ وتوماس زاس. ولكن هذا سهل جدًا. فهل نسينا شيئًا في أوصافنا للوهم التي تعدو أقرب إلى الملاحظة؟

ذكرنا أن جانبًا واحدًا من الوهم يبدو ليربط منطق عملية التفكير، كما في

متلازمة عطيل. فالأمر وثيق الصلة ليس فقط في كون محتوى الفكرة خاطئًا، بل ما هو وثيق الصلة كذلك أن تكون عمليات التفكير غير منطقية. ولكن هل هناك شيء حول عمليات التفكير في الأوهام يفصلها عن عمليات التفكير العادية؟ ليس هذا ما يبدو. تقترح الدراسات النفسية العصبية لعمليات التفكير المنطقية «العادية» تفكيرًا غير منطقيًا «شاذًا» شبيهًا بالتفكير الذي يظهر في المرضى المصابين بمرض الفصام (ماير 1990). هذا ولا تبدو نوعية منطق عمليات التفكير تميز بين الأشخاص العاديين، وهؤلاء الذين يعانون من الفصام.

يبدو تواتر وحدَّة عمليات التفكير غير المنطقية التي تستعمل في مسار التفكير، مرتفعًا في مرض الفصام. ومرة أخرى، نحن إزاء اختلاف قياسي بعدي عوضًا عن اختلاف نوعي تصنيفي. وهذا يتعارض مع توقعنا بأن الهواس يبدو تجربة إنسانية «عادية» ومختلفة.

ركز آخرون على جانب آخر من عمليات التفكير في الفصام، والتي قد تفسر الأوهام: «انسياب التداعيات الحرة للأفكار». يبدو أن مرضى الفصام يعيرون انتباهًا كبيرًا لكل الأفكار والمحفزات التي يعيشونها فهم غير قادرين على «تصفية» تلك الأفكار والمحفزات، وبعدها تغمرهم الأفكار ويغرقون في نظم وهمية في محاولة لإضفاء معنى على تدفق الأفكار (أندرياسن وبراديزو وأوليري 1998). قد يساعد هذا التفسير على فهم الفصام، ولكن يبدو أنه لا يطبق على كل أنواع الهواس. على سبيل المثال، في حالة الاكتئاب الهواسي، لم يظهر هذا النوع من «التصفية» غير الملائم للتداعيات الحرة للأفكار، في الدراسات النفسية العصبية، وهي ليست بذات أهمية على المستوى الإكلينيكي.

(4)

إلى أي حد تمكنًا من البحث في موضوع الأوهام؟ إذا التفتنا لفتة إلى الوراء، يمكن أن نعيد تشكيل كيفية وصولنا إلى هذا الطريق المسدود. في كتابه: **الباثولوجيا النفسية العامة**، قدم كارل ياسبرز بشكل أوضح المقصد من وراء الرأي المقياسي في خصوص الأوهام (انظر الفصل 5). كما ذكر ياسبرز أن الأوهام ثابتة بصفة عامة،

وأنها اعتقادات خاطئة. وأكد كذلك أن الإكلينيكي (أخصائي الطب السريري) يثير مشكلة كبيرة في تناول مسألة الأوهام وهو يحاول فهم المريض: «لا يمكن فهمهم» فالإكلينيكي غير قادر على فهم أي ملمح من ملامحهم.

قد يتعاطف الإكلينيكي مع الكثير من الأشياء التي يصفها المريض أو يعتقد بها، ولكن يتوقف هذا التعاطف عندما تظهر الفكرة الوهمية. ولا يمكن للإكلينيكي أن يفهم فقط أو يتوافق مع الوهم لعدة أسباب: قد يتعارض مع المنطق، أو يمكن أن يكون خاطئًا بشكل واضح، إلى جانب عدد من الأسباب الأخرى. وفي حقيقة الأمر، اعتقد ياسبرز أن تلك كانت الخاصية المميزة للأوهام: أي: عدم القدرة على التعاطف معها. ولكن يبدو أن ذلك يضع الجانب الأساسي للأوهام في شخص ما، غير المريض (مثل الطبيب تحديدًا). بالإضافة إلى ذلك، على الرغم من أنه يتوافق مع الشعور المشترك بأن الأوهام مختلفة من الناحية النوعية عن التجربة العادية «هذا جنون!»، إلا أن الحدس الياسبرزي لم يكن نتاج البحث النفسي العصبي.

إذن، يمكننا أن نضع العديد من أفكارنا التي تخص الأوهـام إلى جانب المشاكل التي تثيرها، حسب كارل ياسبرز. وهل يمكننا أن نضيف شيئًا إلى ما قدمه ياسبرز؟ لقد حاول الفيلسوف والطبيب النفسي مانفريد سبيتزر (1990) فعل بذلك. واستنتج سبيتزر، محاولًا مراجعة أفكار ياسبرز تحليليًا، أن الخاصية الأساسية للأوهام لا تفوق قدرتنا على التعاطف، ولكنها تتطلب مجموعة من الأفكار التي ليس لها مدلول موضوعي ممكن في الواقع. وتدل الكلمات التي تستعمل للتعبير عن فكرة وهمية، على وضعية من الأعمال تكون مستحيلة منطقيًا وميتافيزيقيًا. وبالتالي، عوضًا عن البحث عن الدليل، أو تقييم عمليات المريض المنطقية، أو تقييم الحالة الداخلية للتعاطف، يجب أن يبحث المرء في العالم كله ليرى إن كانت الفكرة الوهمية ممكنة.

يمكن أن يفسر هذا الـرأي الأوهـام الغريبة، ولكنه يظل عاجزًا عن تفسير الاعتيادي منها. فتعد الأوهام الغريبة تلك الأوهام التي تكون مستحيلة منطقيًا: على سبيل المثال، قد أعتقد أن العالم سينتهي غدًا لأنني أعتقد أن شيئًا ما قد بدأ بأكل أمعائي من الداخل. أما الأوهام الاعتيادية فلا تعتبر غير عادية، رغم أنها يمكن أن

تكون خاطئة: قد لا تكون الشرطة الفيدرالية للتحقيقات (التابعة للمكتب الفيدرالي للتحقيقات) في الخارج للقبض علي، ولكنها «تقبض» بالفعل على المشتبه بهم من وقت إلى آخر.

(5)

نحن نقع في مأزق مع معظم الأوهام التي تكون اعتيادية. فلنعد إلى نصيحة ياسبرز لتقييم المسلمات الضمنية الفلسفية. ما الذي نسلِّم به فيما سبق من نقاش؟ في النهاية، يبدو أننا نسلِّم جدلًا، مرة أخرى برأي بوبر في العلم، بأنه إذا زيف تعريف معين للوهم، سيكون التعريف خاطئًا. ماذا لو نتخذ هنا، كما فعلنا في فصولنا حول علم تصنيف الأمراض، الرأي البديل الذي اقترحه بيرس: **فلنقبل بنظرية إذا دعمت بالعديد من أنواع الأدلة، في غياب اعتراضات واضحة على النظرية، ما دمنا لا نملك نظرية بديلة فضلى لتفسير المعطيات.** وإذا فعلنا ذلك بمفهوم الوهم، سنرى مجددًا أن لدينا عددًا من المسالك لتقييم ما إذا كانت فكرة معينة وهمًا أم لا: أولًا: هل هي خاطئة بشكل واضح؟ ثانيًا: هل هي ثابتة؟ ثالثًا: هل هي ضد أدلة دامغة على النقيض؟ ورابعًا: هل تعدّ غير مقبولة ثقافيًا؟ وخامسًا: هل هي مبنية على عمليات فكرية غير منطقية؟ وسادسًا: هل هي مستحيلة منطقيًا أو ميتافيزيقيًا؟ فكلما توافق الاعتقاد مع هذه المقاييس أكثر، زادت إمكانية كونه وهمًا. هذا ولا تقدم لنا هذه المقاربة اليقين المطلق، ولكن مرة أخرى تقدم درجة معينة من اليقين التقريبي الذي يخدم حاجاتنا الإكلينيكية.

(6)

إذا كان من الصعب جدًا أن نفهم الهواس، لعله يُغفر لنا ونحن نتنفس الصعداء بعودتنا لنقاش موضوع أكثر اعتيادية: ألا وهو المزاج. قبل كل شيء، ليس معظمنا مصابين بالهواس البتة، ولكن كل واحد يعيش تقلبات في المزاج. إذن، يجب أن يكون هذا الموضوع على الأقل مألوفًا أكثر لنا. فهل للطب النفسي المعاصر القدرة على تناول محكم لمفهومي الاكتئاب والمس؟

الفصل الخامس عشر

عواقب ومساوئ الحظ الجائر
الاكتئاب

يعبر البعض عن حيرتهم بأن المقاربات العلاجية للاكتئاب قد تضعف البحوث الاستقصائية في القيم، كما لو كان وصف علاج بروزاك لـ«مِيل» قد يعيق تاريخ علم الأخلاق.

مايكل مارتن، 1999

كان رجلًا أنيقًا يناهز عمره ثلاثًا وثلاثين سنة. صافحني بحرارة ووبّخني بهدوء لوصولي متأخرًا. وقد بيّن أخيرًا تنقله من عمل إلى آخر إما لأنه دون الكفاءة المطلوبة أو لأنه يمتلك كفاءة عالية. وباعتبار أنه خريج ماجستير إدارة الأعمال، وجد أن لا مجال له في «السوق». وشعر بصدق أن ليس بوسعه أن يتزوج صديقته، بسبب «مسؤوليته المادية» تجاهها. كان الضغط مسلطًا عليه، الأمر الذي انتهى به إلى العودة إلى العيش مع عائلته ملتجئًا إلى هنا وهناك حتى غمره الاكتئاب. يقول والدموع تملأ عينيه: «لا أحس بالراحة في داخلي». وما سقطت دموعه على الإطلاق.

(1)

ينتقد علَماء الأعصاب في بعض الأحيان لاعترافهم بالمرض أكثر من علاجه. فالأطباء النفسيون لم يكونوا عرضة لنفس التهمة على الإطلاق. وإن كان هناك شيء من ذلك الأمر، فقد انزاحوا إلى حد النقيض الآخر، دون إعطاء قيمة للتشخيص

لسنوات والبحث عن «علاجات مهمة يائسة» (فالنشتاين 1986) لذلك المرض الوحيد: الجنون.

قدم الفيلسوف مايكل مارتن (1999) نقاشًا انتقاديًا حول ما إذا كان الاكتئاب يجب أن يعالج بشكل مندفع، كما هو مألوف في ممارسة اليوم، أو يجب أن يكون محل احترام لقيمته الأخلاقية كما يقترح البعض. وبنقاشه هذا، يثير عدد من الأسئلة المهمة التي ترتكز على كيفية فهمنا للاكتئاب، وكيفية اعتبار أنفسنا وسائط أخلاقية.

(2)

شغل جون ستيوارت ميل مكانين كأنموذج وكتنبيه للفلاسفة والأطباء النفسيين. فقد قرأ هوميروس باللغة الإغريقية الأصلية في سن رياض الأطفال. وكتب رسالة فلسفية مهمة تحت عنوان: «في المذهب النفعي» تقريبًا في سن طلاب السنة الثانية من التعليم الجامعي في عصرنا هذا. ومع ذلك، وفي نفس السن، يبدو أنه قد عاش تجربة الاكتئاب الإكلينيكي بحدة معتبرة. وعزا ذلك إلى تطور فكري مذهل أضر بنمو وتوجيه حياته العاطفية. ويبقى غير واضح إذا كان ذلك هو الحال أو لم يكن. وقد أعار مايكل مارتن انتباهًا كبيرًا للدروس المستوحاة من أزمة جون ستيوارت ميل، حيث عانى من اكتئاب حاد، ومع ذلك يبدو أنه كان يتعلم بعض الأشياء المهمة عن نفسه وعن الإنسانية. فهل هناك شيء مميز يمتاز به الاكتئاب، شيء يجب أن نصونه أكثر من أن نعالجه؟ هل سيعاني المجتمع دون أنواعه المحترمة والمفكرة دون مواطنيه الحذرين والعازمين على البحث؟ قد يقصى أشخاص مثل جورج واشنطن الذي يعتقد توماس جفرسون بأنه وصف كـ«بطيء في مهامه، ولكنه واثق من نفسه في الخواتيم». وأضاف جفرسون: «كان واشنطن في كل جوانب حياته ميّالًا إلى الهواجس القاتمة» (فلكسنير 1974، 45). هل أبلى الرئيس الانبساطي والمنفتح في الأوقات الصعبة البلاء الحسن كما فعل الرئيس لنكولن البطيء في تفكيره؟[1]

(1) بحث جوشيا شانك (2003) في ملنخوليا التي أصابت لينكولن بتفصيل دقيق.

(3)

تعد الميلانخوليا المعروفة التي عانى منها لنكولن مثالًا من بين الأمثلة العديدة التي قد تستخدم للدفاع عن الإعجاب، عوضًا عن إيجاد علاج لأنواع معينة من الاكتئاب. فهي تترجم كذلك القيمة الأخلاقية للاكتئاب إلى قيمة سياسية وثقافية ملموسة. وقد تبرهن الحرب الأهلية الأميركية هذه الحقيقة بشكل أفضل.

قام المؤرخ ت. هاري وليامز بمقارنة بين ثلاثة من أبرز القادة بالجيش (جورج ماكليلان، وليام شارمان، وأليس س. غرانت) واستنتج أن سر قيادتهم يكمن في طباع شخصية كل منهم. كان أبرز القادة (غرانت أفضل من شارمان الذي كان أكثر فاعلية من ماكليلان) يتسمون بالبطء في اتخاذ القرارات والثبات عليها بعد تنفيذها، وبالتالي كان من دونهم في الجيش يعتمدون على مساندتهم. وقد ترجم هذا إلى سمات للشخصية من شجاعة وإقدام تجسد في المعركة. ومما يثير الدهشة، معاقبة من يتسم بهذه الميزات في الحياة المدنية، بقدر ما يقع الجزاء الحسن عليها في الحرب. لقد كان ماكليلان ولدًا مميزًا قبل الحرب، متفوقًا جدًا في الدراسة والأعمال والحياة الاجتماعية، الأمر الذي مكّنه في سن الخامسة والثلاثين من تولي القيادة المطلقة دون سابق تجربة في المعارك، لجيش جرار بالتزكية. كما لم يذق مرارة الفشل والانكسار أو الشك. ومع ذلك، انحلت هذه الشخصية المحكمة تحت ضغط الحرب. وعاش شارمان أنواعًا حادة من الاكتئاب، ومن الممكن أنه عانى، حسب رأيي ورأي بعض المؤرخين، من المرض الهواسي الاكتئابي (أمبروز 1967). كان غالبًا ما يغمره الفشل قبل الحرب وأصبح متشككًا ومكتئبًا عند قيادته بنفسه أثناء الحرب («جنون شارمان» كما أشير إليه في مقالة إخبارية معاصرة) وحينما كان تحت قيادة غرانت، كان يبلي بلاء حسنًا ويترجم اندفاعه وغضبه إلى استراتيجيات حربية جديدة فعّالة. وكان غرانت المنعوت بالفاشل الخسيس والدنيء في الحياة المدنية، قد أجبر للعيش مع والديه وهو بالغ، سكيرًا، خجولًا وملازمًا الصمت. أما في الحرب، كان هادئًا وحذرًا وحكيمًا ومغوارًا وباسلًا، فشجاعته قادته إلى النجاح.

والجدير بالذكر هو أن الأزمنة المختلفة (مثال الحرب الأهلية) تستوجب

أصحاب مهارات مختلفين، فالنجاح لا يتحقق بمجموعة واحدة من المهارات النفسية. فهل نحن معرضون عن هذه المهارات عندما نقدم وصفات طبية للأشخاص المكتئبين؟

(4)

يبدو الاكتئاب بسيطًا. وما يضيفه الأطباء النفسيون إلى المفهوم الشائع للاكتئاب هو وجود «الأعراض النمائية العصبية». لا يتميز الاكتئاب الإكلينيكي فقط بالمزاج الحزين، ولكن كذلك بمجموعة من الأعراض البدنية التي تشترك في بطء عام واختلال في الوظائف الجسمية. فينام المرء فترة أقل، ويصبح الليل عنده مخيف. أو لا يغادر المرء فراشه، ومن الأفضل له أن ينام إذا استطاع، بما أن لا شيء يمكن أن ينجزه. فيتراجع الاهتمام بالحياة وبمختلف الأنشطة. وما كان يخلف في السابق من اجتهاد محفز، ينتج الآن فقط ذكريات تتسم بفتور الهمة والنشاط. كما يعتبر التفكير ذاته صعبًا فيفقد التركيز. هذا ويكون من الصعوبة بمكان أن يركز على ثلاث أفكار مترابطة، فكيف وأن يقرأ كتابًا. فتستنفذ طاقته ولا يزيد التعب المتواصل غير القابل للتفسير أو التبرير المرء إلا خمولًا. بالإضافة إلى ذلك، يفقد الطعام نكهته فيفتقد الاستمتاع بالوجبات كما يفتقد الشعور بالاستمتاع في أشياء أخرى. وحينما يحاول أن يشعر بشعور أفضل، يمكن أن يأكل أكثر، محطمًا وطأة الملل. ويتحرك الجسم ببطء منتهيًا إلى تراجع نسق الأفكار لدى الشخص. أو ينشط باضطراب غير قادر على أن يكون هادئًا أو مرتاحًا، إذا غمر القلق حالة مزاجه القاتمة. هذا ويراجع المرء حياته، ويبدو أن كل ما في الأمر هو عيب في الشخص المكتئب. وعليه، يسيطر الشعور بالذنب وتأنيب الضمير المتواصل، بظهوره المتكرر، على أفكار الشخص المتوقدة. ونهاية المطاف، يبدو الانتحار العمل الوحيد الذي يمكن أن يضع حدًّا لكل هذا، إذا لم يكن هناك شيء آخر يمنعه الإله، الأطفال، العائلة، حيوان محبوب تسقط اليد الجانية. فما نسبته 10 في المئة تقريبًا أو أكثر من هؤلاء الأشخاص سيشعرون بتلك اليد. (جودوين وجامسون 1990).

(5)

أدلى فرويد بمقولته الباتة والنهائية في هذا الموضوع في مقاله «الحداد والميلانخوليا» الذي نشر فيما بعد ككتاب (1917)[1]. وأقر بأن الاكتئاب شبيه فنومونولوجيًا بالحداد، وأن ما يحدث في الحداد سيكولوجيًا قد يقدم الحل للاكتئاب. وناقش فرويد أننا عندما نقيم الحداد على وفاة شخص محبوب، فغالبًا ما نشعر بجملة من المشاعر المتضاربة حيث نحب الشخص الذي قضى نحبه، ولكننا نكون غير راضين عنه لوفاته أو لأشياء قام بها وهي على قيد الحياة. وإذا تضمن جزء من مشاعرنا تجاه ذلك الشخص وهو حي غضبًا تجاهه، فكذلك نشعر بالذنب لهذا الغضب عندما تتوفاه المنية. ونخشى بشكل لا منطقي أن الكره الذي نكنُّه تجاهه قد ساهم نوعًا ما في وفاة الشخص. بالإضافة إلى ذلك، بحزننا على وفاة شخص عزيز وبشعورنا بالذنب لغضبنا عنه، نحول غضبنا إلى الداخل كابتين أي تعبير خارجي له، ونصبح أكثر حزنًا. افترض فرويد أن الاكتئاب المرضي تطلب هذه الأنواع من المشاعر المتضاربة تجاه الآخرين، يكبح جماحها الغضب المتحول إلى غضب داخلي وموجه إلى ذات الشخص.

ولعقود من الزمن، طغى رأي فرويد في هذا الموضوع، مثل رأيه في معظم المتلازمات النفسية الأخرى. ومع ذلك، فإن هذه الفرضية، خلافًا لأفكار فرويد العديدة، قابلة للاختبار تجريبيًا. هل يملك مرضى الاكتئاب قدرًا كبيرًا من العدائية المتجهة نحو ذواتهم؟ لم يؤكَّد هذا تجريبيًا. وفي حقيقة الأمر، على الرغم من أن الغضب والانفعالية موجودان عند أكثر من نصف الأشخاص الذين يعانون من

(1) بحث بول روزن (1969) كيف أن فرويد اندفع إلى كتابة هذا المقال ردًا على عمل قام به أحد تلاميذه وهو فكتور توسك الشخص الذي عانى من مرض متواتر يتعلق بالمزاج (من المحتمل أنه الاضطراب ثنائي القطب حسب رأيي)، وكان توسك أول المنتمين إلى مدرسة فرويد المهتمين بتطبيق الأفكار الفرويدية على الأمراض النفسية الرئيسية مثل الاكتئاب والهواس، وكذلك اندفع فرويد، وهذا في الغالب ضد ميوله، إلى الإدلاء بدلوه في مرض الميلانخوليا في رده على اهتمامات توسك، وكان فرويد بناء على هذا كله جامعًا المتناقضين بامتياز باعتباره تجنب المزيد من التعليقات المهمة في السنوات الأخيرة. وتعتبر علاقة فرويد الاختبارية بتوسك، التي أدت إلى انتحار التلميذ، شائبة في عالم التحليل النفسي، وكانت هذه الشائبة مخفية إلى حدود المحاولة الجريئة التي أبداها روزن في إعادة اكتشافها ونشرها.

الاكتئاب، فإن النصف الآخر لم يعش أي غضب يذكر، سواء تجاه الآخرين أو تجاه أنفسهم (نيرنبيرغ وآخر غير محدد 1996).

وتنحدر فكرة أخرى بخصوص تفسير الاكتئاب من بحث في نماذج الاكتئاب لدى الحيوانات. وأحد النماذج الأكثر شعبية هنا هو «نموذج العجز المكتسب» (هاسمان 1978). وفي هذا النموذج، يتبين أن الحيوانات التي تتفاجأ أو تجرح ولكن ليس لها طريق للفرار تظهر في النهاية خائفة أو جبانة. وتستحضر هذه المشاعر حتى عندما تتاح إمكانات الهروب فيما بعد. وتتعلم الحيوانات العجز وتظل كذلك. وتقترح هذه النظرية، التي لها جذور في السلوكية، القول بأن الأفراد يتطور معهم الاكتئاب في فترة البلوغ بالاعتماد على التجارب التي عاشوها في فترة مبكرة من حياتهم حيث عانوا، لكن لم يكن لهم سبيل للخلاص من معاناتهم. وعلى سبيل المثال، قد يكون الطفل لا حول له ولا قوة في وجه البالغين الذين يسيئون معاملته، وقد يتطور بالتالي عنده اكتئاب مزمن نتيجة لذلك. ويبدو هذا التطور للاكتئاب مألوفًا بالفعل في الممارسة الإكلينيكية، عند من عاشوا فترة الطفولة في محيط يتسم بسوء المعاملة وعدم الاستقرار. ولكن يبدو أن العديد من الأشخاص عاشوا طفولتهم ضمن المجموعة العادية بالنسبة لتجربة الآخرين. ومع ذلك، تتطور حالتهم إلى حالة اكتئاب في فترة البلوغ.

يفترض نموذج العجز المكتسب تشويهًا إدراكيًا معينًا للحقيقة («أنا لا حول لي ولا قوة، والحياة لا أمل فيها، لذلك أنا حزين») بينما يتضمن نموذج آخر حالة مختلفة جدًا. وينحدر هذا الرأي نموذج «الواقعية الاكتئابية» (ألو فيبرامسون 1988)، من دراسات تجريبية أجراها طلبة بالجامعة حيث تكون فيها الأعراض الاكتئابية مرتبطة بأجوبة لاختبارات تجريبية الخاصة لتقييم الطلبة الواقعي للعالم. هذا وفي هذه الاختبارات، كان الطلبة عرضة لتجارب متنوعة، تمكنوا في بعض منها من السيطرة على الحاصل، ولم يتمكنوا في البعض الآخر. كان من الممكن أكثر أن توجد الأعراض الاكتئابية عند هؤلاء الطلبة الذين يفهمون بشكل صحيح متى تجرى الاختبارات، لذلك لم يكن بإمكانهم أن يؤثروا في الحاصل بالأعمال التي يقومون بها. علاوة على ذلك، مال هؤلاء الذين شعروا أنهم يملكون السيطرة،

حتى وإن لم يكونوا كذلك، إلى إظهار أعراض اكتئابية أقل. ويستنتج مناصرو هذا النموذج أن الاكتئاب ينتج من رؤية العالم بشكل أكبر مما هو عليه في الواقع، بكل ألمه وفنائه، وبكل ما أوتينا من ضعف وتفاهة في هذا الكون الفسيح كبشر.

(6)

لنموذج الحقيقة الاكتئابية تأثير مهم. ويمكن أن نستنتج أن الأشخاص «العاديين» غير المكتئبين لهم ثغرات استبصار، فبعض الثغرات السيكولوجية المعتمة تعدّ ضرورية لوظيفة الشعور العادية. لقد ناقش الفيلسوف دانيال دينيت (1991) هذا الموضوع بالرجوع إلى متلازمة الإهمال، وهو نوع حاد من غياب البصيرة حيث لا يدرك الأشخاص أن الشلل قد وقع بعد نوبة بالمخ. ويضع دينيت متلازمة الإهمال كنوع من النظير السريري للظاهرة الطبيعية للبُقعة العمياء البصرية، حيث يدخل العصب البصري إلى شبكية العين، وحيث لا توجد عصي أو مخاريط للبصر. وتتوافق هذه المنطقة الصغيرة من الشبكية مع ثغرة في المجال البصري الذي لا يمكننا أن نراه «تقنيًا». ومع ذلك، من الطبيعي ألا نلاحظ هذه الثغرة المعتمة. فيمكن لاختبار المجال البصري فقط أن يؤكد وجودها. بالإضافة إلى ذلك، يرمي البحث الحالي في علم المعرفة إلى فهم كيف يعوض الدماغ عمى الشبكية، سواء بـ«ملء الفراغ» عبر تفسيرات من مناطق الشبكية المحيطة أو عبر آليات أخرى. كما يفسر دينيت غياب إدراك العمى في المجال البصري من خلال فكرة أن هذه الثغرة الفارغة لا تفتقد عبر الدماغ، لأنها لا تحتاج إليه. وبمعنى آخر، لا يتوقع الدماغ بشيء موجود هناك، وبالتالي لا يهتم عندما لا يجد شيئًا هناك. فهو يفتقد إلى «العطش المعرفي» لمعرفة الثغرة المعتمة. وعلى نحو مماثل، يقول دينيت أن إصابة بالفص الدماغي قد تؤدي إلى فقدان العطش العادي للمعرفة الذي يملكه الشخص للمجال البصري المقابل، مؤديًا إلى فقدان مماثل للوعي وعدم الاهتمام بالعواقب.

يمكن أن تشمل هذه الفكرة نقص الاستبصار في المتلازمات النفسية. فهناك تجاوب لهذه الفكرة. فيطرح المنطق السليم فكرة أننا نعيش حياتنا متغافلين عن

حقائق مؤلمة معينة تهدف إلى جعلنا بؤساء مثل حقيقة الموت الحتمية. وفي واقع الأمر، يؤكد الوجوديون أن هذه الطريقة في العيش غير أصيلة، حياة «روتينية»، ويقارنونها بعناء العواطف والمشاعر التي تسببها المعرفة بحدود الحياة. وسنناقش موضوع الاستبصار، والإنكار، والتوهم بأكثر تفصيل في الفصل (18).

(7)

يبدو تفسيرا الاكتئاب متضاربين. ولذلك، قد يؤدي فهمهما على ضوء دور البصيرة إلى توضيح العديد من المشكلات. فمن الطبيعي أن يعيش كل واحد منا أعراضًا اكتئابية متوسطة الحدة، تلك التي تعقب لحظات الشدة والرخاء في الحياة: كما صاغها شكسبير «عواقب ومساوئ الحظ الجائر». في هذه الحالات، قد يؤدي عدم الوعي، وحالة الإنكار النفسية، إلى هدف مفيد. ومن ناحية أخرى، قد ترتد عنا تلك العواقب والمساوئ، بدلًا من أن تنفذ بداخلنا، حينما لا نقترب منها بشكل كبير. ومن ناحية أخرى، يمكن أن ندركها بكونها أكبر وأخطر مما هي عليه في الحقيقة، ثم تصبح ضربات نُسحَق تحت قوتها. ويبدو أن هذا ما يحدث في التشوهات المعرفية للاكتئاب الحاد: فنحن واعون بشكل صريح بأنواع الشر التي لا نواجهها بشكل حقيقي. فحيثما يستحث الاستبصار الألم فقط، يحتاج المرء إلى أن يتعلم كيف يتجاهل ويتجنب وينسى.

وعندها، تقيم نظرية معينة الحجة على أن الاكتئاب مرتبط باستبصار أكثر، ونظرية أخرى بأنه مرتبط بأقل درجة من الاستبصار. وفي جزء منها، يجادل مارتن بحجة مفهومية لزاوية النظر الأولى، مقرًا بأن حتى أنواع الاكتئاب المرضية الحادة يمكن أن تكون «خاضعة للاستبصار». فهل هناك أي دليل تجريبي على هذا الموضوع؟ يجب أن تكون مبدئيًا قابلة للاختبار: هل الاكتئاب مرتبط باستبصار أكثر أو أقل؟ وفي دراسات أجراها زملائي وآخرون، ظهر أن الأنواع المتوسطة للاكتئاب، مثل الاضطراب الوجداني الموسمي، يمكن أن تكون أعلى درجة من الاكتئاب مرتبطة باستبصار أكثر. ولكن تبدو أنواع الاكتئاب الحادة مرتبطة بخلل ما في الاستبصار، رغم أنها معتدلة بالمقارنة مع الحالات النفسية الأخرى، مثل المس أو الهواس (قائمي 1997).

(8)

ما الذي يمكن أن نستنتجه؟ أنا أوافق مارتن على أنه لا يوجد فرق بسيط بين الاكتئاب المرضي، الذي ينطبق عليه المنظور العلاجي، والاكتئاب «الصحي» الذي ينطبق عليه المنظور الأخلاقي. فيعد نقاشه للأبعاد الأخلاقية للعلاج نقاشًا مناسبًا. غير أنني لا أتفق معه في أن معظم أنواع الاكتئاب لا تعتبر علة، وهذا يجب أن يكون قابلًا للاختبار تجريبيًا ويعكس شعوري الداخلي أن بعض أنواع الاكتئاب فقط ليست مرضًا. ويطبق نموذج الحقيقة الاكتئابية بشكل أفضل على ذلك النوع من المتلازمة الاكتئابية المتوسطة التي لا تلتقي دائمًا مع معايير الخطورة القابلة للتشخيص إكلينيكيًا لدرجة حدة الاكتئاب. وفي معظم حالات المرض الاكتئابي الإكلينيكي، له حدة الكافية للتدخل في حياة الشخص، وتتطلب تدخلًا معينًا، يكون نموذج التشوه المعرفي هو القاعدة.

يعارض مارتن التمييز الواضح بين نوع الاكتئاب الذي يكون صحيًا مرتبطًا بحالات استبصار جديدة وأفكار مهمة، ونوع آخر يكون مرضيًا وببساطة يحتاج إلى أن يعالج. ويقر كذلك بأن بعض أنواع الاكتئاب المرضية يمكن أن تكون «محفزة للبصيرة» وبعض أنواع الاستبصار الصحية يمكن أن تقوض الاستقلالية الأخلاقية. ويمكن أن أناقش أن أنواع الاكتئاب السريرية (الإكلينيكية)، تلك التي تكون حادة وتستوجب نوعًا من التدخل، تتدخل دائمًا تقريبًا مع النشاط الحر والمنطقي للاستقلالية الأخلاقية كنتيجة للتشوهات المعرفية، ونادرًا ما تكون مرتبطة بأنواع جديدة ومهمة للاستبصار، على الأقل أثناء النوبة الاكتئابية. وما يمكن أن يلاحظه مارتن هو أن النوبات الاكتئابية حالما تنتهي، ففي الغالب يدمج الأشخاص تلك التجارب في رؤاهم تجاه العالم، وقد تفرض النوبات عندها تأثيرًا مهمًا على القيم والمعتقدات. إلى جانب ميل، كان بإمكان مارتن أن يصف التجربة الاكتئابية المؤثرة لوليام جيمس، التي عقبتها فلسفته البراغماتية للحياة. فالتسلسل الزمني مهم. يعتقد جيمس نفسه أن أفكاره الجديدة سمحت بطريقة ما بازدياد حدة اكتئابه الذي كان يعيشه. ولكن يوجد احتمال متساوٍ بأن نوبته الاكتئابية قد تجلت بطريقة عفوية، كحال المسار الطبيعي لأي نوع من الاكتئاب، وأصبح متعايشًا مع كل ما يحمل

دلالة بالنسبة له. هذا وطبق الطبيب النفسي والأنثروبولوجي آرثر كلينمان (1988) هذا النوع من التفسير في تمييزه بين مفهوم «المرض» أو الوضع الطبي الحقيقي، و«العلة» وهو تفسير الفرد لتأثير المرض على معتقداته وقيمه ونظرته للعالم.

(9)

إذا كانت بعض أنواع الاكتئاب مرضية، فما هي أسبابها؟ تبدو النظرية الفرويدية غير مؤكدة لتعيننا على الجواب. قد تكون الفرضية أن هؤلاء الأفراد، والحال شبيه كذلك بالمس، يعانون ببساطة من حالات مزاج لا يمكن فهمها سيكولوجيًا. فيعانون من مرض ما في الجهاز الحوفي للدماغ، الشيء الذي يؤدي إلى أعراض اكتئاب. هذا ويعد هذا المرض العصبي التفسير الوحيد لأنواع الاكتئاب التي يعانون منها، على الرغم من التشابه الظاهري فإن أعراضهم السريرية قد تكون مرتبطة بأنواع الاكتئاب «السيكولوجية»، مثل تلك المتعلقة بالواقعية الاكتئابية أو العجز المكتسب.

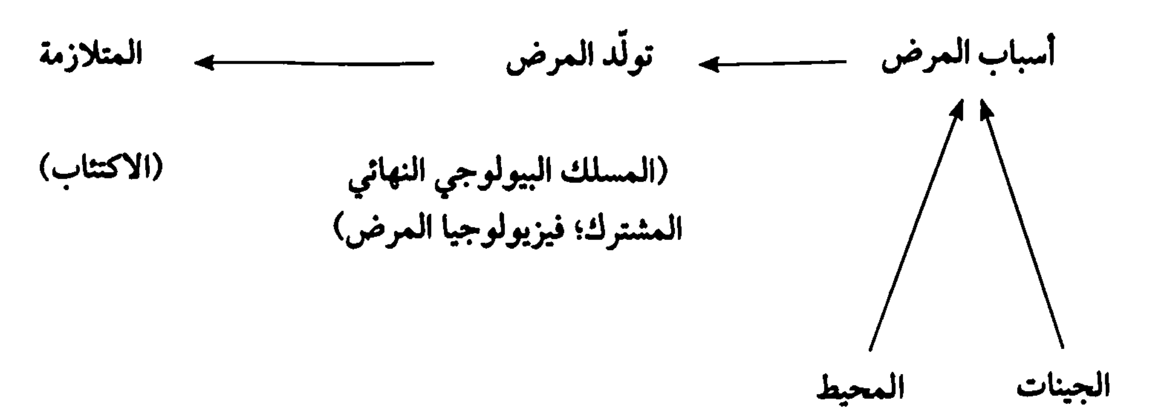
وبتكرارها تصبح تلك أنواع الاكتئاب «السيكولوجية»، بيولوجية. فعلى سبيل المثال، أظهرت الدراسات حول العجز المكتسب أن تجارب العجز المتكررة تخلق تغيرات فيزيولوجية معينة وتصبح مستمرة. بالإضافة إلى ذلك، تفرز الغدة الكظرية ستيروئيدات أكثر بينما تكون الغدة الدرقية أقل تجاوبًا في تقليص إفراز الهرمون الدرقي وقد يتغير الدماغ في إنتاج النواقل العصبية أو نشاطاته. وتبدو النوبات الاكتئابية المتكررة مرتبطة بالفعل بضمور جزء من الحُصين، الذي يمكن أن يكون دائمًا (براون، راش وماكوين 1999). إذن، على الرغم من أن أسباب الاكتئاب قد تكون نفسية في بعض الحالات، إلا أن مسارها المشترك الأخير يتضمن تغيرات فيزيولوجية هرمونية.

فالفكرة المهمة هنا هي التمييز بين أسباب الأمراض وتولد الأمراض، التي سبق وأشرت إليها في الفصل 13 (انظر: رسم 15.1)[1].

تعير أسباب المتلازمة الاكتئابية للشخص، بالاستناد إلى دراستين حول توأم

(1) أكد الطبيب النفسي هيرمان فان براغ (1993) هذه المسألة بالأخذ في عين الاعتبار المتناقضات في علم أسباب الأمراض النفسية.

(إيفز، إيزانك، ومارتين 1989)، نفس الأهمية للعوامل الجينية والعوامل البيئية. وتعتبر العوامل الجينية مضافة وليست تصنيفية. وبالتالي، ليست كالإرث التقليدي لماندل، حيث تكون جينات معينة مسيطرة، وتؤدي دائمًا إلى مرض أو علة، بينما تكون جينات أخرى منحسرة ويمكن أن تؤدي إلى علة إذا ظهرت جينتان منحسرتان معًا. وتعتبر الجينات مؤثرة في معظم المتلازمات النفسية، كما في الحالات الطبية الأخرى مثل مرض السكري وارتفاع ضغط الدم. فتساهم كل جينة فقط بمقدار ضئيل في تطور المرض، وتكتسب العديد من الجينات لتطور المرض.



رسم (15. 1) أسباب المرض، المرض ومتلازمة المرض

وحتى مع ذلك، تمنح الجينات فقط قابلية التأثر في العديد من الحالات، وليس المرض. ويعني ذلك، أنها ترفع فقط من إمكانية أن وجود قليل من عوامل المحيط المؤثرة للمرض تستوجب تطوره، بالمقارنة بشخص له أقل عددًا من الجينات المتسببة للمرض. فتعتبر عوامل المحيط المقدمة خاصة وليست مشتركة. بمعنى أنها لا تعكس محيط العائلة المشترك، فهي خاصة بكل فرد من التوأم. وبالتالي، من الممكن أن تكون هذه «عواقب ومساوئ الحظ الجائر» التي لا يتوقعها أحد، وقد تكون شاملة: فيعيش أغلبيتنا أنواعًا معينة من الأحداث نغادر المنزل، ونذهب إلى المدرسة، ونعيش نهايات علاقات الحب، نفقد وظائفنا، نفقد المال، وتصيبنا الأمراض.

هذا ويوجد تفسيران آخران ممكنان لتأثيرات المحيط الذي يعيش فيه المريض: فالأول: هو نظام النسل أو الولادة، وثانيًا: العلاقات بأشخاص من خارج إطار

العائلة. وينتج عن نظام الولادة محيط عائلي مختلف حيث يقابل النسب الأكبر ذرية أو نسب أصغر. هذا وقدم المؤرخ المختص في العلم فرانك سلوواي (1996) ترتيبًا لبعض المعطيات الخاصة بالاكتئاب مبينًا أن نظام الولادة قد يؤثر في العديد من خصائص الشخصية، فالذرية الأكبر يتسمون بالقوة أكثر من ذرياتهم الأصغر ويبدو أنهم مسؤولون، محافظون، وقيِّمون كأولياء، فيما تبدو الذرية الأصغر سنًا أكثر ثورية وغير ملتزمة. بالإضافة إلى ذلك، تعد العلاقات بين القرناء لا علاقة لها بالعائلة، وتختلف من ابن إلى آخر، وأقر آخرون أن جزءًا كبيرًا من تطور الشخصية مرتبط بتأثير الأقران (هاريس 1998). ويظل أي عامل من هذه العوامل المرتبطة بمحيط العائلة ومسببات الاكتئاب غير واضحة. وقد يكون أحد هذه العوامل أو جميعها وثيق الصلة بذلك. على أي حال، قد يفسر علم الجينات وتأثير البيئة التي يعيش فيها الفرد أسباب المرض الاكتئابي، ولكنها تظل متصلة بالدماغ والتغيرات في فيزيولوجيا الدماغ ووظيفة الجسم، والتي تتسبب في ظهور الجوانب البيولوجية لمتلازمة الاكتئاب. بإمكان هذه التغيرات في الدماغ، مثل فقدان المتعة والدافع الجنسي وتغيرات الشهية المرتبطة بالوطاء، أن تنتج متلازمة اكتئاب سريرية. وهذا قد يفسر سبب إنتاج أسباب الاكتئاب المتنوعة لنفسَ المتلازمة الإكلينيكية: يتبع المسلك المشترك النهائي في الدماغ نفس المسار وينتج أعراضًا متشابهة. وقد يتخيل أحدهم أنه إذا كانت قابلية التأثر الجينية قوية بالشكل الكافي، قد لا يتطلب الأمر بصفة عملية أي مؤثر من مؤثرات المحيط، أو يتطلب عددًا ضئيلًا جدًا ليؤدي إلى مرض اكتئابي متواتر، وهذا قد يفسر تلك الأمراض الاكتئابية الحادة غير القابلة للتفسير، حيث لا وجود لعوامل نفسية واجتماعية يمكن أن تضمن كمسببات للاكتئاب.

(10)

وخلاصة القول، لا يفهم الاكتئاب بشكل أفضل كنفسي أو بيولوجي، ولا كخارج النشأة مقابل ذاتي النشأة، ولا كتفاعلي مقابل هواسي اكتئابي. وترتكز كل هذه الاختلافات على رأي ثنائي متعلق بالعلاقة القائمة بين العقل والدماغ، الحدود التي ناقشتها في الفصل 2. ومن وجهة نظر متعددة الأوجه، يمكن أن تسبب العديد

من الاختلافات في الجينات المضافة، وتأثيرات المحيط الذي يعيش فيه الشخص بالاكتئاب، ولكن هذه الأسباب تكون دائمًا رهينة مسلك بيولوجي نهائي مشترك. وتتأكد هذه البنية البيولوجية إكلينيكيًا في الأعراض الإنمائية العصبية، الشيء الذي يميز الاكتئاب كمرض عن المزاج الاكتئابي العادي. ومهما يكن من المزايا التي قد تنشأ من تجربة الاكتئاب، فهي تتبع بشكل عام التماثل للشفاء ولا تتعارض مع الحاجة للعلاج.

الفصل السادس عشر

دوامة حياة متقلبة
الهوس

في بداية تشخيصي أخبرني طبيب أثناء جلسة نفسية بأن (الاضطراب ثنائي القطب) كتشخيص يعتبر هراء. وقلت في نفسي: إن كان تشخيصًا لا فائدة منه، لا أودُّ أن أشغل نفسي به، ولن أتناول أدوية لتشخيص يعتبر هراء... وأفضل الأشياء لعلاج الهوس هي الثقة التي يمنحك إياها، فقليل منها محمود والكثير منها مذموم.

مريض مجهول

(1)

كان نحيل القامة، بل نحيل جدًا. وأخذت الحياة منه أيّما مأخذ، فاضطر إلى الرحيل من كنساس إلى العاصمة واشنطن، تاركًا زوجته وأبناءه هناك. وقال بشيء من التأفف: «غادرت العائلة برمتها لأنني أصبت بالهوس». من الذي جعله يحس بالضيق؟ أضاف قائلًا: «أتمنى لو أمسكني شخص من عنقي وقال: لا تقم يا صاح بأي قرار في حياتك لأنك فقدت قدرتك على المحاكمة». إذ يعدُّ اتخاذ العديد من القرارات و/ أو اتخاذها بشكل متساهل جدًا خطير كخطر عدم اتخاذ أي قرار على الإطلاق.

يرسم الهوس والاكتئاب حدود مشاكلنا بوضوح قبل الحقيقة المفزعة للاختيار: فالتردد في حالة الاكتئاب حيث لا شيء يمكن القيام به، بينما التسرع في

حالة الهوس يعني أن كل شيء قابل للقيام به ولكن لا شيء يُنجَز. يقول سارتر: نحن مقدّر لنا أن نختار، ومع ذلك لا نعرف متى نختار ومتى لا نختار. «أنكرت وجود المرض حتى اكتشفت أن أمي البيولوجية أدخلت في المستشفى لمرض عقلي، وبعدها أدركت أخيرًا أن الأمر صحيح». لقد كان متبنى، حالة مثالية ليتجاهل دور البيولوجيا. لماذا لم يقبل بها رغم تلك الحقائق؟ يعلم الكثير من الناس عن التاريخ العائلي للمرض العقلي غير أنهم لا يقبلون به. ولعدم رضاه عن نفسه، كان رجلًا واعيًا، وغير مسرور، ومكتئبًا، ومغتمًا ولكنه رجل واع. وطبق على نفسه مقولة سقراط اعرف نفسك بنفسك رغم أن هذه المعرفة لا تمنحه السعادة والقوة لتغيير الأشياء، على الأقل من دون اتخاذ خطوة القبول بتدخل الطب والعلم. كان مختصًا في أمراض القدم، ولكنه عامل مؤقت الآن. صافحني بحرارة عندما غادر، محدقًا في عيني كأنه يحاول أن يستمد شيئًا من ثقتي في شفائه ليريح بها نفسه. كنت أرجو أن أكون على صواب.

(2)

إذا بدت الفروقات الدقيقة فيما يخص الاكتئاب متضاربة، ربما يرجو المرء أن تكون الحالة المزاجية المقابلة، وتسمى حالة الهوس، أكثر وضوحًا. ومع ذلك، يعد الهوس ظاهرة معقدة. وهنا يعتبر المزاج مبتهجًا بشكل كلاسيكي، على الرغم من أن المرء عادةً يتراوح بين الابتهاج والانفعالية، ويكون أحيانًا منفعلًا بشكل محض وغير منتش إطلاقًا. وهناك في الغالب نوع من الدوار. كما يبدو الوقت سريعًا في حين أن العالم في نسق بطيء. بالإضافة إلى ذلك، لا يشعر المرء بالحاجة إلى النوم كثيرًا، فكل شيء يسير ضعف سرعته. فأربع ساعات تكون كافية للقيام بذلك. وفي الوقت الذي يكون فيه بقية العالم مستغرقًا في النوم، تسير طاقة الشخص كما لو كانت الساعة تشير إلى الحادية عشرة صباحًا في يوم من أيام الأسبوع: فلم لا يُنظّف المنزل بالكامل في الساعة الثالثة صباحًا؟ فالأشياء في حاجة للترتيب، حتى وإن لم تكن كذلك. أعد تأثيث المنزل، افعل ذلك مرة أخرى، قم بشراء سيارة ثالثة، قم بعمل ساعتين إضافيتين كل يوم: فالمدير يحب ذلك. فتنساب الأفكار لذلك، فيبدو الدماغ العضو الأكثر فاعلية من الفم. ومحاولة منه للانسجام مع تلك الأفكار

السريعة، يتكلم المرء بسرعة، مقاطعًا كلام الآخرين، ماسكًا بمسار المحادثة من طرفه فقط. هذا ويشعر الأصدقاء والزملاء في العمل بالقلق بأنهم لا يستطيعون التفوه ولو بكلمة يراد منها الدخول في حديث غيره. وقد ينتج هذا انفعالية أكبر، فلِم لا يستطيع كل واحد أن ينهض ليسرع؟ لقد أشار روبرت لويل بالملاحظة: «يعد الاكتئاب نقمة لذات الشخص، أما الهوس فهو نقمة لأصدقاء ذاك الشخص». علاوة على ذلك، يصبح الجنس أكثر إثارة وربما يحب زوج المهووس ذلك، أو قد يشعر بالملل بسببه، وإذا كان الدافع قويًا سيجعله يشبع ذلك في مكان آخر، وحيث تحدث الخيانات يكون الطلاق هو الحكم، وترتفع معدلات الإصابة بالإيدز. هذا وترتفع الثقة بالنفس، وتؤدي أحيانًا إلى نجاحات باهرة حيث تكون مهارات الشخص موافقة للمهمة، وبشكل جد متواتر، تؤدي الثقة بالنفس على حد سواء إلى خيبات أمل كبيرة حين تحكم الظروف سيطرتها على الشخص. ولكن لا وجود للماضي وبالكاد هناك حاضر، وما يهم هو المستقبل لا غير حيث كل شيء ممكن. وعليه، تصبح القرارات سهلة، لا مجال للندم ولا للشك، فقط قم بذلك. فالصعوبة ليست في بداية الأشياء ولكن في خواتيمها، حيث هناك الكثير من العمل مقابل وقت وجيز جدًا، فمن السهل أن تشعر بالحيرة. وفي النهاية، يمكن أن تتخذ قرارات سيئة، وباندفاع كبير، تندرج هذه القرارات ضمن أربعة تصنيفات: أنواع الطيش الجنسي، الإنفاق المفرط، القيادة المتهورة، والتجوال المندفع. حيث تصبح السيارة امتدادًا خطيرًا لإحساس الشخص بالقوة، وتبدو الحوادث وسجل القيادة السيء والمخاطر المميتة أمورًا مألوفة. فيعد الترحال طريقة حياة محبَّذة حيث تبدو حتمية ويجب على الأشياء أن تكون أفضل في موطن آخر. فيكون من المميز أن يعيش المرء في أماكن متعددة خلال السنة. أو أن مجرد زيارة مكان ما دون أهداف يبدو الأمر معقولًا. فالطلاق والدين والأمراض المنقولة جنسيًا وعدم الاستقرار في العمل: هذا هو الهوس المعكر المثالي لصفو أهداف معظم الأشخاص: العائلة والبيت والعمل والحياة المستقرة.

في حالة الاكتئاب، ينهي المرء حياته، أما في حالة الهوس، فيدمر المرء حياته. وأما في حالة مرض الهواسي الاكتئابي، فيعاني المرء من كلا المخاطر المأساوية.

(3)

لا تتوفر نظريات الهوس بالعدد المطلوب[1]. كما لو أن الحالة سطحية جدًا لتتطلب أسباب عميقة.

تعدّ وجهة النظر التحليلية الأكثر اتساقًا، ولكن من الممكن أنها قائمة على أساس فكري خاطئ فهي ترى هذا الهوس كنوع من الدفاع ضد الاكتئاب (جانوسكي، لاف وابشتاين 1970). وبما أنه من الممكن أن يعيش المرضى الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب أو المرض الهواسي الاكتئابي كلًا من الهوس والاكتئاب، وبما أن الهوس أحيانًا يعقب الاكتئاب (رغم أن العكس أكثر شيوعًا بمعنى أن الاكتئاب عادةً يعقب الهوس)، فهذا الأساس له دافع سطحي معين. وأحيانًا أستمع إلى أشخاص يؤمنون بنفس التفسير، فقد قال لي مريض ذات مرة: «أعتقد أحيانًا أنني أجعل نفسي أشعر بالهوس لأتخلص من الاكتئاب». وأضاف قائلًا: «وأجعل نفسي مسرورًا لكل شيء، وأفعل العديد من الأشياء وأتجنب النوم لأنني أعلم إذا لم أفعل ذلك، سأصبح مكتئبًا». وكان من عادة المحللين النفسيين التحدث عن «الهروب إلى الهوس»، كما لو أن باستطاعتهم (لكن على نحو غير واع) أن يصبحوا مبتهجين عوضًا عن الحديث عن العمل النفسي الكبير الذي أجبرتهم لوعة الاكتئاب على مواجهته. وحسب وجهة نظر المحللين النفسيين كان الاكتئاب محترمًا بينما لم يكن الهوس كذلك. ولهذا السبب يوجد القليل جدًا مما كتب حول الهوس في أدبيات التحليل النفسي. كان فرويد على الأقل صادقًا في ذلك: فهو بشكل عملي لم يكتب ولو حرفًا فيما يخص الهوس، واعترف أن علم النفس التحليلي لم يكن له دور في فهم المرض الهواسي الاكتئابي أو معالجته. كما تحدث أتباعه، كما جرت العادة، حيث كان صامتًا. فرموا باللائمة على مرضى الهوس وتصرفهم الطفولي في مواجهة الاكتئاب. وعندما أصبحت مضادات الاكتئاب ومضادات الهواس قيد الاستعمال في ستينات القرن العشرين، قام العديد من المحللين النفسيين بردة فعل لمعارضة استعمالها.

(1) يعدّ كتاب جودوين وجامسون 1990، وهو يعتبر الآن نصًا كلاسيكيًا، العمل الأشمل بلا منازع في موضوع المس، حيث حصلت مراجعة النظريات السابقة، والطبعة الثانية لهذا العمل لسنة 2004 بصدد الطباعة.

كان هناك الكثير من الأخذ والرد حول هذه الأدوية التي من شأنها أن تزيل القلق وعسر المزاج اللذين يدفعان بالمرضى للولوج إلى التحليل النفسي، والانشغال بالعلاج النفسي التحليلي.

فتتمثل المشكلة ها هنا في أن الأغلبية الساحقة من المرضى يصفون الهوس كمرض لا يمكن التحكم فيه بتاتًا. فيأتي المرض لا إراديًا، في بعض الأحيان بشكل سريع جدًا، وفي غالب الأحيان، يسيطر على حياة الشخص مهما حاول درأه. ويعد عزو الدافع ليصبح مهووسًا باعتباره غير واعٍ ضربًا من التهرب. علاوة على ذلك، يسيء هذا الاتجاه في الفكر التحليلي النفسي فهم الهوس: فيعتقد أن الهوس مجرد مصدر للاستمتاع، ولكن معظم مرضى الهوس يكونون مندفعين أو ذوي عسر على مستوى المزاج أكثر من كونهم مبتهجين. وبالتالي، لا يريد، إكلينيكيًا، معظم مرضى الهوس أن يصيبهم الهوس. ولكن الكثير منهم يريد أن يكون في غاية الهوس: فالقليل من الهوس يكون في الغالب مصدر «إدمان»، كما أشار بعض المرضى. هذا ومن الممكن أن يكون المحللون النفسيون قد ركّزوا على شيء ما. ومع ذلك، من الصعب إدراك أن الطبيعة اللاإرادية للهوس محفزة بشكل ما، عن طريق أماني الشخص (دون تبني القوى اللاواعية غير القابلة للفهم، كما هو معلوم).

وفي الأخير، هناك حوالي 10 في المئة من مرضى الهوس لم يعيشوا حالة الاكتئاب على الإطلاق، إذن بات من غير الواضح كيف بإمكانهم الهروب من تجارب الاكتئاب إلى الهوس.

وإذا لم يكن الهوس دفاعًا ضد الاكتئاب، فماذا يعني إذن؟

(4)

من الصعب تصور الهوس. وبملاحظتي للمرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب يوم في العيادة ويوم خارجها، أرى أنهم يجدون صعوبة في فهم ذواتهم عندما يعيشون مرض الهوس. ويعدّ الشيء الرئيسي الذي يركزون عليه هو جانب أعراض الهوس التي يعتقدون أنها جزء من شخصيتهم الأساسية: وهؤلاء الذين لديهم شغف بالفن، خاصة، يشعرون بأن الإبداع جزء من شخصيتهم. ويزداد

الجانب الإبداعي لديهم بشكل متواتر أثناء نوبات الهوس المفرط أو الهوس العادي، ويقدّرون تلك النوبات كونها تجعلهم أكثر إبداعًا. إذن يرون الهوس، بطريقة ما، كدعم لبعض الجوانب الأساسية في الشخصية. ويعتبر آخرون، خاصة هؤلاء الذين ليست لديهم علاقة بالفنون، ولكنهم قد يعملون في مهن أكثر صرامة كمجال الأعمال أو المحاسبة، الهوس كدافع لطاقتهم البدنية ويسمح لهم بقضاء أكثر وقت في العمل وينجزون أعمالًا أكثر. وبالنسبة لهم، يعدّ الهوس داعمًا لمستوى الطاقة البيولوجية الأساسية لديهم. وأما الآخرون، الذين هم بطبيعتهم انطوائيون، يصبحون أكثر انفتاحًا وانبساطًا عندما يحل بهم الهوس. فيصبح الهوس بمثابة «زرع للشخصية» مؤقت، محولًا ذلك إلى نوع من طباع الشخصية المتمثلة في «حياة الجماعة» التي يحبّذها المجتمع. ولكن معظم الأشخاص يرون جوانب سلبية لنوبات الهوس التي يعيشونها: هناك الصديق المسالم الهادئ الذي يصبح انفعاليًا ولا يحس بالألم عندما يصاب بالهوس. وهنالك الزوج المحب الذي تفقد طاقاته الجنسية السيطرة عندما يكون مهووسًا، مؤديًا ذلك إلى زيارة المومسات، أفعال غير معقولة، وألم قاس يسلط على زوجته. (وكونه غير مطلّق يعد استثناء). كذلك هناك صفقات الأعمال المندفعة وسنوات العمل المطلوبة لهدف تسديد الديون.

(5)

يعتبر الهوس سلاحًا ذا حدين. وبالمعنى الفرويدي، قد يقول البعض إنه يدعم الهوس، إلى الأفضل أو إلى الأسوأ. فكل الطاقات، الجنسية أو غيرها، تسيطر على القدرات العادية التي تعلمناها على مرّ العمر. ويبين بحث أجري مؤخرًا أن الاندفاعية هي العامل الأساسي الذي يزداد في حالة مرض الهوس (سوان وآخر 2002). وهو الخاصية المناسبة لمرضى الهوس: فقد يكون المرضى مبتهجين أو مكتئبين، اندفاعيين أو لا، لهم نسق أفكار أو لا، محيرين أو لا، كلهم تقريبًا يكونون أكثر اندفاعًا في حالة الهوس من عدمها. وقد يستهوي هذا الأمر المرء لوصفه من الناحية العصبية كما فعل جون هالينغ جاكسون (1958)، مؤسس علم الأعصاب الإنكليزي الذي قدم الحجة بأن المراكز العليا بالدماغ (مثل القشرة المخية) هي

مناطق متقدمة بشكل كبير، ويتمثل دورها في تطويق المراكز السفلى للدماغ (طبائعنا «الحيوانية»). ويظهر دور القشرة المخية الأمامية في ممارسة هذا التحكم. وهناك القليل مما نعرفه عن المسالك المخصوصة لوصف الآلية الدقيقة التي يمكن من خلالها أن يكون خلل وظيفي للفص الأمامي متورطًا في تلك الاندفاعية التي تميز الهوس. ويكفي القول بأن الخاصية الرئيسية من الناحية الفنومونولوجية للهوس هي الاندفاعية المرتبطة بالنشوة/ الاندفاع وسرعة نسق التفكير.

إذا كان معنى الهوس أن تكون اندفاعيًا، فقد يوصف الهوس بشكل أفضل على أنه قشرة متمددة ومهذبة تغلف حياتنا. فإذا امتدت بشكل طفيف، يمكن أن نقوم بالوظيفة بشكل حسن، ونجزى على إبداعنا وانبساطنا. أما إذا امتدت بشكل واسع، سينبذ المجتمع ذلك، ولن نكون راضين عن أنفسنا عندما ندرك عواقب نقص التحكم لدينا في نهاية المطاف.

(6)

إلى جانب الضرورة الملحة لاستعمال أدوية مهدئة للمزاج، أعتقد أنه حقيقة غير معترف بأهميتها أن يكون الترابط العلاجي بين الإكلينيكي والمريض هو مهدئ المزاج. وأعني بذلك أن العلاقة بين الإكلينيكي والمريض جانب مهم لتهدئة مزاج الشخص الذي يعاني من الاضطراب ثنائي القطب. وإذا أصبح المريض يعاني من الهوس، من الجيد أن يعلم أو أحد من أفراد عائلته أن إجراء مكالمة هاتفية لإكلينيكي يمكن أن تهدئ مزاجه وتؤدي إلى نقاش فوري، وكذلك مقابلته وجهًا لوجه في غضون أيام. وإذا أصبح المريض مكتئبًا، سيهدئ مزاجه إذا استطاع أن يتصل بالإكلينيكي، وربما يطمئن عندما يعلم بأنه لا داعي لتغيير أدويته إذا لم تستمر الأعراض الاكتئابية لمدة أسبوع آخر. وفي ذلك الوقت، عندما يأتي للموعد المقرر مؤخرًا، قد يقرر هو والطبيب بدء الدواء المضاد للاكتئاب، أو لا. وعلى أي حال، يستقر مزاج المريض في أيام رخائه وشدته بمعرفة أن الإكلينيكي هناك في خدمته، ويمكن الوصول إليه بسهولة، وقادر على عمل تغييرات في الدواء في الوصفة بسرعة.

عندما وصفت هذا المفهوم المتعلق بالترابط العلاجي كمهدئ للمزاج لفريق من الأطباء النفسيين في كويبك، توجه إلي شخص مستفسرًا: «ما قدر جرعة الترابط العلاجي كمهدئ للعلاج؟ اعتقدت أنه يمزح ولكنه كان جادًا في طرحه للسؤال. وبعدها أدركت أنه كان هناك جرعة بالفعل. وكانت تتمثل في مقدار الوقت والجهد الذي أقضيه في المعالجة مركزًا على تطوير وحفظ وتوطيد الترابط العلاجي. وغالبًا ما أستعمل تقنيات العلاج النفسي الوجودي، مثل تلك التي حددها هافنز لبناء ترابط أفضل مع مرضى جدد يعانون من اضطراب ثنائي القطب. وأفضل أن تستغرق حصة الفارماكولوجيا النفسية ثلاثين دقيقة، عوضًا عن خمس عشرة أو عشرين دقيقة، لأنني أحتاج إلى مدة تتراوح بين 10 و15 دقيقة للعمل العلاجي النفسي الوجودي الذي يستهل الترابط العلاجي. وبمعنى آخر، أقسم حصة الفارماكولوجيا النفسية إلى من 15 إلى 20 دقيقة حيث نتحدث عن الأدوية المهدئة للمزاج ومن 10 إلى 20 دقيقة حيث نقوي فيها الترابط العلاجي المهدئ للمزاج. وحينما تحدثت أكثر مع زميلي، أدركت أنني قد طورت في واقع الأمر عادتي في هذا الشأن. وعادةً، حينما أصاحب مريضي من قاعة الاستقبال إلى المكتب، نتحدث عن أحوال الطقس أو أي موضوع آخر. مرة أخرى، ناقش هافنز (1986) بجدية العلاقة الوطيدة للتحدث عن الطقس في العلاج النفسي. ويسمح هذا النوع من الموضوع اللطيف للمرء أن يقيم تقريرًا أوليًا غير ضار مع المريض في تلك الزيارة. (يتمثل أحد المزايا القليلة للطقس المتغير في بوسطن في أنه يمهد لموضوع المحادثة) وعندما نصل إلى المكتب، لا أتفوه بكلمة، فإما أن أنصت أو أحث المرضى على إخباري عن أحوالهم، وماذا يفعلون في حياتهم أو شيء آخر يتمنون أن يناقشوه. وأحيانًا يأتي المرضى بأجندة، ونناقش أمانيهم كما أنهم أحيانًا يأتون دون تحضير مسبق ونناقش مهما يحل في الخاطر. ونقوم بذلك لمدة 5 أو 10 دقائق، وبعدها أتحول إلى نقاش الأعراض والأدوية والآثار الجانبية (وقد يذكر البعض منها بعفوية في وقت لاحق). وبعد 15 أو 20 دقيقة، أختم بخمس دقائق من المحادثة المرتجلة حول ما يمكن أن يدور في خاطر المريض، أو نقاش لموضوع لطيف آخر (مثل الرياضة، أو اهتمامات شخصية أخرى للمريض).

وبالتالي، يعد مراعاة المناهج التحليلية النفسية مهمًا كذلك في علاج الاضطراب ثنائي القطب. وبدعم الترابط العلاجي، يمكن أن يبدي الإكلينيكي نفسه تأثيرًا مهمًا لمهدئ المزاج.

(7)

تكمن وراء كل محاولاتنا لفهم الباثولوجيا النفسية الظاهرة الأساسية للوعي بالذات، والوعي بوجودنا والحالات العقلية الخاصة بنا. فيعدّ الوعي بالذات موضوعًا مهمًا ومعقدًا نوعًا ما.

الفصل السابع عشر

الوعي بالذات
الاستبصار

يبدو المرض النفسي مختلفًا بالنسبة للملاحظ العلاجي عما يبدو بالنسبة للمريض الذي يتأمل بوعي في ذاته.

كارل ياسبرز، 1913م

(1)

لقد عرضت حتى الآن المواضيع الرئيسية التقليدية في الطب النفسي: الذهان والاكتئاب والهوس والشخصية وعلم تصنيف الأمراض. وتطرقنا إلى ظاهرة من الظواهر التي تمثل أساس كل هذه النقاشات، وحسب رأيي أنها تمثل الظاهرة المركزية في الطب النفسي: ألا وهي الاستبصار. يشير هذا اللفظ هنا إلى المنظور الذي يوجهه الفرد إلى حالته النفسية. لو عرف المرء، من زاوية نظر إلهية، إن صح التعبير، أن أشخاصًا معينين عانوا من أمراض نفسية مخصوصة (الاكتئاب، الهوس، والذهان)، لكان لدى هؤلاء الأشخاص استبصار عما إذا كانوا على وعي بعيشهم لتلك الحالات العقلية. وفي الحالات البدنية، أي الأمراض غير النفسية، فهذا عادة لا يعد مشكلة، «أنا أشكو من ألم هنا»، إذن، المريض واع بالحالة البدنية المرضية لجزء من الجسم. وباستثناءات نادرة ولكنها مهمة فيما يخص الأمراض العصبية، لا ترتبط معظم الحالات غير النفسية بطبيعتها بخلل في الاستبصار. ومع ذلك، تفترض الحالات النفسية في الغالب استبصارًا مختلًا. فهل هذا شيء يخص فقط

الأمراض النفسية؟ وهل يتعارض هذا مع الاعتقاد النفسي بأن الأمراض العقلية هي حالات مرض شبيهة بالأمراض البدنية؟ بمعنى آخر، هل يعد الاستبصار المختل مجرد عدم توافق بين الطبيب والمريض؟ وعندما يكون الطبيب طبيبًا نفسيًا بمناهج تشخيصية ضعيفة ونقص في الاختبارات المخبرية، فمن الذي يقرر من هو على صواب؟

تعدّ مشكلة الاستبصار الأحجية المركزية للطب النفسي. وعلى مستوى معين، تثير السؤال التالي: كيف لنا أن نعرف أن الحالات العقلية لشخص آخر هي مرضيَّة؟ وكيف لنا أن نعرف أن شخصًا ما مريض عقلي؟ كيف لنا أن نعرف أي شيء عن أي شخص آخر؟ فالسؤال كذلك هو: كيف لنا أن نعرف أي شيء عن الحالات العقلية، الخاصة بنا أو بالآخرين؟

يتمثل الاعتقاد الشائع عن الأطباء النفسيين في أنهم يمتلكون، في واقع الأمر، هذه القوة. ويمكن أن يعرفوا الحالات العقلية للآخرين، حيث يبدو أنهم يقرؤون ما يدور في خواطر الآخرين. فتعد كلية انتشار هذا الرأي مذهلة. أما الأقلية فهي تتخذ الرأي المقابل. وتعتبر الأطباء النفسيين متطببين، لا يفقهون شيئًا ولا قيمة لهم سوى أنهم مدَّعون للعلم. ويعجب المرء كم عدد هؤلاء الذين ينتقدون الأطباء النفسيين ويخشونهم، لأنهم معتقدون بشكل سري في الطب الإلهي، الذي يمكن أن يقوم بمهمة الطبيب النفسي. كما لا يقصد الأطباء النفسيون أن يتجادلوا بشدة مع هؤلاء الذين يؤمنون بقوتهم، ويتنازعون مع هؤلاء الذين يتهجمون على الميدان برمته. ولكن حينما يصارحون بعضهم بعضًا، يركز الأطباء النفسيون على معرفتهم القليلة بالأشخاص الآخرين، وبحال المرضى غير المتوقعين، وصعوبة التشخيص والنجاح العفوي في شفاء المريض. وفي اللحظات الأكثر فلسفية، قد يثنوا على عدم التوقع، لأنها بعد كل شيء حريتهم. بالإضافة إلى ذلك، لو كان باستطاعة الأطباء معرفة كل شيء عن أي شيء، فما الذي يمنع هذه المعرفة من أن تكون حالة بوليسية؟ ألم يمارس رجال هتلر مثل هذه المعرفة الأولية («الكذبة الكبرى»)؟ لكن من الناحية العملية، وحسب رأي الأطباء النفسيين، يلزم أن يكون جزء من المعرفة ممكنًا إذا كان المرضى بحاجة للمساعدة. فيجب أن نكون قادرين على فهم عقول

مرضانا، وفي بعض الأحيان بشكل أفضل منهم، لكي نساعدهم. ولكن هل نحن قادرون حقيقةً للقيام بذلك، وكيف ننفذ إلى داخل عقل شخص آخر؟

وعلى المستوى القاعدي، لا نقوم بذلك. فيعد كل شيء في الطب النفسي استنتاجًا. وفي بعض الأحيان، تكون تلك الاستنتاجات صحيحة. فنحن نصيب بمشكلات معينة بشكل متواتر ونصبح أكثر ثقة في تلك الاستنتاجات. ولكن هذا أمر احتمالي. وفي أحد الأمثلة، لا يمكن أن نكون متأكدين أننا استنبطنا فهمًا لحالة عقلية لشخص آخر بشكل صحيح.

(2)

ولكن هل نحن حقًا نعرف شيئًا عن الحالات العقلية لشخص آخر؟ يقر البعض أننا لا نستطيع أن نعرف حتى ما في عقولنا نحن، وبصفة أقل بالنسبة لعقول الآخرين. ويقول البعض الآخر أننا نعرف كل ما يدور في عقولنا، ولكن لا نعرف عما يدور في عقول الآخرين. كما سبق وأشرت إلى هذه الحجج الفلسفية في الجزء الأول من هذا الكتاب. وأريد هنا أن أشدد على المتلازمات الإكلينيكية حيث يكون الاستبصار في ذات الشخص مختلًا وأحاول أن أتصور ما تعنيه هذه المتلازمات.

هناك مجموعة من المتلازمات النفسية التي تمتاز بنقص نسبي في الوعي بذات الشخص أو بما يحيط به. وتشهد هذه المعرفة بهذه المتلازمات تقدمًا، ولكن بشكل تدريجي، فهي تمس جوانب مهمة من علم النفس البشري والفلسفة. وسنتناول بالبحث «متلازمات الوعي» في هذا الفصل.

تستوجب متلازمات الوعي درجة معينة من اختلال الوعي الذاتي للظواهر العقلية. وما تشترك فيه هذه الظواهر هي الميزة الفنومونولوجية لدرجة معينة من نقص الوعي. وباعتبار هذا التصور، يمكن تحديدها كما يلي: يعد الإنكار أوسط ميزة لمتلازمات الوعي، مع درجة صغيرة من الاختلال على مستوى الظواهر الذاتية للوعي، حيث يظهر في كل شخص ويعتبر عاديًا لذلك الحد. ويعكس انعدام الاستبصار قدرًا معتدلًا من اختلال الوعي حيث يظهر أساسًا في الاضطرابات النفسية بدرجة معتدلة أو حادة، مثل المرض الهواسي الاكتئابي أو الفصام، وبالتالي

يعتبر عند ذلك الحد غير عادي. ويعد إنكار المرض أو عمهُ العاهة أكثر حدة وأكثر شذوذًا من انعدام الاستبصار ويظهر في الحالات العصبية مثل الجلطة الدماغية أو مرض «ألزهايمر».

(3)

والشيء الأول والأهم الذي يجب ذكره حول الإنكار هو أنه أمر عادي. والجميع ينخرط بالإنكار في بعض الظروف ولدرجة معينة. والذي ناقشه أتباع فرويد كأحد آليات الدفاع، ويعدّ أهم هذه الآليات وأكثرها استعمالًا. وبالمقارنة مع آليات الدفاع الأخرى، فيعتبر الأوسط من حيث الدرجة التي يمكن أن يستعمل بها بشكل مؤذ أو مفرط.

من الممكن أن تعكس فكرة آليات الدفاع إحدى الأفكار الأساسية المنحدرة من فرويد التي طورت تأييدًا تجريبيًا ما، وحافظت على فائدتها في الممارسة الإكلينيكية اليوم، رغم تراجع المذاهب التحليلية النفسية الأخرى. وتنحدر الفكرة الأساسية من تقسيم فرويد لوظيفة العقل إلى ثلاثة أجزاء: الـ«هو» الذي يمثل مصدر الغرائز اللاواعية، والأنا الأعلى الذي يمثل المصدر اللاواعي للضمير وتأثير الوالدين، والأنا الذي يمثل المصدر الواعي للمشاعر والسلوك. علاوة على ذلك، تعتبر آليات الدفاع، بشكل ما، عناصر مكونة للحدود الفاصلة بين الأنا ومحيطه اللاواعي، والهو، والأنا الأعلى.

وتدافع آليات الدفاع عن الأنا ضد مصادر التأثير اللاواعية. وقد يبدو رسم فرويد الطوبوغرافي الأول للعقل، حيث قسم العقل إلى عمليات واعية وأخرى غير واعية، كافيًا لفهم دور آليات الدفاع. فتحرس آليات الدفاع خصيصًا الحد بين العمليات العقلية اللاواعية والعمليات العقلية الواعية، حيث تحمي العقل الواعي بقدر ما تستطيع من الأوامر اللاواعية المربكة. وقد يقيم المرء اليوم حجة معقولة بأن هناك كلًا من الدليل التجريبي والإكلينيكي للتقسيم الفرويدي الأول للعقل إلى عمليات عقلية واعية وأخرى غير واعية. وعلى المستوى التجريبي، بينت الدراسات النفسية العصبية أن العملية العقلية تظهر دون وعي، على سبيل المثال، ظاهرة البصر

الأعمى المعروفة حيث يدَّعي الشخص الذي عانى من سكتة دماغية مست أليافًا قشرية بصرية معينة، أنه غير قادر على الإبصار البتة ولكنه قادر على تحديد موقع الأشياء في المجال البصري بشكل أفضل من مستويات الصدفة تحت ظروف التنبؤ المفروض[1]. كما يجب أن لا يكون هذا النوع من العملية العقلية اللاواعية مفاجئًا لهؤلاء الذين يميلون إلى نظرية هوية العقل التي تقر بأن العقل والدماغ متشابهان. وهذا لأنه من الواضح من زاوية التشريح العصبي أن الوظيفة العصبية تظهر على مستوى يسبق المستوى الذي يتطلب الوعي بالسلوك الواعي.

ولكن لا يؤكد هذا النوع من العملية التجريبية رغم أنها تساند وجود ظواهر عقلية لا واعية بشكل مباشر لفظ الظواهر العقلية اللاواعية لفرويد، بالتصور الخاص الذي أعطاه فرويد للاوعي، أي: كبح الاندفاعات الشعورية الناتجة عن القلق. وهنا يجب على المرء أن يعتمد على الدليل الإكلينيكي، الذي أبطل العديد من اختبارات العلم التجريبي، لأنه لا يراقب عدة عوامل، ولأنه لا يوجد أي عمى للملاحظ، وبالتالي يسمح بمصادر تحيز كثيرة. وبالرغم من هذه النقائص، لا يزال المرء على وقع الكيفية النمطية الموجهة، حيث سيُظهر العديد من المرضى النفسيين السلوك الذي يشبه الظواهر العقلية اللاواعية، عند المعالج النفسي الملاحِظ. بالإضافة إلى ذلك، سيختبر المعالجون النفسيون الشبان، مهما كان شكهم في مثل الظواهر، كراهية غير مبررة من مرضاهم، التي ستبدو لاحقًا أنها تتبع نمط غضب موجه لشخص آخر. وعندما يزول الغضب الموجه أو يوجه لذلك الشخص، يتوقف الغضب الموجه ضد المعالج. أو سيكتشف المعالجون، رغم نواياهم الفضلى، فجأة أنهم يكرهون المريض بشكل خفي، ويتصرفون وكأنهم يكرهون ذلك المريض، غير مدركين أن المريض قد استنتج هذه الكراهية. وتظهر هذه النماذج من المشاعر اللاواعية مرارًا وتكرارًا بشكل نمطي، وهذا يبين لنا أن ليس كل ما يحدث في العقل البشري يبدو واضحًا وقابلًا لأن يرى بالنسبة لصاحب العقل. وهذا لا يعدّ، مرة أخرى، دليلًا علميًا. ويكون الدليل الواحد لمثل هذه المشكلات هو الدحض واضح، كما بين بوبر. ولكن في غياب الدحض الواضح، يجب أن يسمح مثل هذا الدليل باعتراف

(1) تناقش هذه الظاهرة بشكل جيد في إطار تبعاتها الفلسفية من طرف فلاناغان (1991).

ولو محدود بإمكانية وجود العمليات العقلية اللاواعية.

وعليه، يمكن أن نضع نفس خطوط الإثبات للدليل على وجود آليات الدفاع. ووقع الاختيار على الدليل التجريبي في عدد من الدراسات المختلفة. ومن بين أفضل الأمثلة نجد العمل الرائع لجورج فالنت (فالنت، بوند، وفالنت 1986). الذي قدم «تصنيفًا تراتبيًا تجريبيًا لآليات الدفاع» بالاعتماد على 307 رجال تراوحت أعمارهم بين الأربعين سنة، حصل اختيارهم وهم يتابعون دراستهم في الجامعة، وبلغوا فترة الكهولة مع عدد من التقييمات السيكولوجية وقياسات ما قدموه. ووقعت محاورتهم بشكل مكثف مرة أخرى في عمر السابعة والأربعين، وسجلت النتائج حول الأنواع المختلفة لآليات الدفاع التي استعملها هؤلاء الرجال. وقورنت هذه الآليات، المشتقة أساسًا عن أصول فرويدية، بأنواع من النتائج الاجتماعية الواقعية والسيكولوجية، التي خضعت بصفة موضوعية لقياس الخصائص مثل النجاح في العمل وواقعة طلاق، والصحة الجسمية، بالإضافة إلى قياسات أكثر اتصالًا بذات الشخص وهي قياسات حجم الرضا عن العمل والعائلة والعلاقات الاجتماعية. هذا وبصفة ملائمة، كانت آليات الدفاع الأكثر «نضجًا» مثل حب الغير، التسامي، وروح الفكاهة، منسجمة بشكل كبير مع النجاح في قياسات النتاج السيكولوجي، بينما تتلاءم أليات الدفاع الأقل نضجًا ومن بينها الإنكار، بشكل ضعيف مع النتاج السيكولوجي الجيد. وتعد هذه الدراسة من بين الدراسات القليلة التي كانت قادرة على تطبيق المقاييس العلمية المقبولة للقياس الموضوعي، والأهمية الإحصائية للخصائص السيكولوجية، والتي قيمت بشكل دقيق مثل آليات الدفاع على مدى العمر لدى أشخاص عاديين. ويعتبر هذا النوع من البحث، باعتباره مضني لصعوبة تناوله، مما كان يفتقده الباحثون للنفاذ إلى ما وراء الجدال النظري البسيط في علم النفس.

ويرتبط الدليل الإكلينيكي على آليات الدفاع مع الدليل الإكلينيكي على العمليات العقلية اللاواعية بشكل عام. وتعد تجربة أن تكره من طرف مريض بصدد معالجته نفسيًا بسبب انتقال مشاعر الكراهية إلى شخص آخر، تجربة اندراج المعالجين النفسيين تحت اسم الإسقاط. وعلى نحو مماثل، قد لا يدرك المعالج

أن لديه شعورًا تجاه المريض (يفهمه جيدًا عند استرجاع الأحداث) أي: أنه كان عليه أن يفسر سلوكه بمعنى أنه كان في حالة إنكار. ومرة أخرى، لا يحقق اليقين البوبري، لأن مثل هذا الدليل لا يدحض ظاهرة «ضد إنكارية» مفترضة، ولكن غلبة الدليل السريري تضفي وزنًا بالتأكيد لصالح الإقرار بأن آليات الدفاع هي ظاهرة ناتجة عن وظيفة العقل.

وهذا ويعترف بالإنكار كظاهرة سريرية في الأمراض الطبية العلاجية، مثل التدخين أو مرض القلب. وإنه لمن المألوف في الممارسة الطبية أن يتجاهل المدخن الآثار الضارة للتدخين، منشغلًا بإنكار واضح وصريح للمخاطر التي يتسبب فيها. وعلاوة على ذلك، ينكر الكثير من الناس المصابين بمرض القلب أنهم يعانون من أعراض لهذا المرض، بالإضافة إلى آلام الصدر وأعراض أخرى مميزة لأمراض متنوعة لا علاقة لها بمرض القلب مثل الحمى.

وعلى هذا الأساس، فالإنكار، بوصفه آلية دفاع عادية، يمكن أن يستعمل بشكل خاطئ أو مبالغ فيه في إطار ظروف يمكن أن يتداخل فيها بوعي ضروري.

(4)

يعدّ انعدام الاستبصار متلازمة الوعي الأكثر حدةً من الإنكار. ويعتبر خاصية من الحالات النفسية مثل الفصام أو المرض الهواسي الاكتئابي حيث يكون معظم المرضى غير واعين بمرضهم، أو بحاجة إلى المعالجة. ويمثل انعدام الوعي هذا أكثر خطورةً من الإنكار ولا يمكن اعتباره حالة عادية. كما يمتلك العديد من المرضى الاستبصار في أعراضهم الفصامية، على سبيل المثال، وغالبًا فإن لديهم تنبؤًا أفضل. وتبدو القدرة العقلية لهؤلاء المرضى الذين لا يملكون مثل هذا الاستبصار عاجزة عندما يقرّر التشخيص الخاص بهم، رغم أنهم يكونون قادرين في ميادين أخرى.

أقر الطبيب النفسي البريطاني أبري لويس (1934) أن انعدام الاستبصار كان جانبًا من جوانب أمراض نفسية معينة، بقدر ما هو جزء من تصورهم لأي عرض آخر. فحسب رأي كارل ياسبرز، في المقابل، كان الاستبصار يعتمد على شخصية

المرء وذكائه. بدا أن فرويد في البداية اعتقد بأن اكتساب القدرة على الاستبصار كان أساسيًا للشفاء، ولكن في الفترة الأخيرة من حياته، لم يعط قيمة كبيرة للاستبصار، وركز على تأثير العلاقة التبادلية بين الطبيب والمريض (1910). ومنذ فترة ليست ببعيدة، أعاد الطبيب النفسي طرح مشكلة الاستبصار وسلط الضوء عليه عن طريق التمييز الضروري بين الهواس وانعدام الاستبصار. وعلى ضوء الطرح التقليدي، ظل المفهومان مترادفين بشكل عام، وتبعًا لـ ياسبرز، كان الهواس يعرف كـ «اعتقاد خاطئ ثابت». وبعبارة أخرى، تعد الفكرة وهمية إذا ما كانت خاطئة ووقع الإقرار بها بصرامة بالرغم من «الدليل الدامغ لإثبات العكس». فالأشخاص الذين تحكمهم الأوهام يبدو أنهم يفتقدون بشكل واضح إلى الاستبصار في الجانب غير الحقيقي لأفكارهم. ولكن، بيَّن الطبيب النفسي كنيث كاندلر وزملاؤه (1983) أن هناك أبعادًا للأوهام وناقشوا أنه عوضًا عن تبني «اعتقادات خاطئة ثابتة»، «لا يمتلك المرضى المصابون بالأوهام اقتناعًا مطلقًا». فللأوهام، درجات من ناحية خطورتها، سواء كانت لها صلة بالواقع أم لا. وبالتالي، قد يكون الاستبصار غائبًا كليًا في بعض الأوهـام وحاضرًا جزئيًا في البعض الآخر، كما يمكن أن يكون الاستبصار حاضرًا بشكل كلي في البعض منها (التي يطلق عليها لفظ مجافي الأنا: «أنا أسمع صوت جدتي الميتة، ولكنني أعلم أنه لا يمكن أن تكون هي»). وعليه، إن انعدام الاستبصار والهواس غير مترادفين. وتجدر الإشارة، إلى أنه ليس بالضرورة أن تكون الأوهام خاطئة، فأوهام الغيرة حيث تكون الزوجة غير أمينة تكون أحيانًا صحيحة، تلك هي طباع الشخصية الوهمية الناتجة عن أسس منطقية ضعيفة، والتي على أساسها ينبني الاعتقاد أكثر من كونها على حقيقة محتواها. كما تساند دراستان الفرق بين انعدام الاستبصار والهواس. أولًا، لم يجد ديفيد علاقة بين «القدرة على إعادة النظر في التجارب الهواسية والقابلية للتضارب» ومقياس استبصاره العام، مقدمًا اقتراحًا بأن انعدام الاستبصار والأوهام هما ظاهرتان غير مرتبطتين ببعضهما البعض (1990). كما انتهى الطبيب النفسي خافيير أمادور وزملاؤه إلى أنه لم يرتبط أي قياس للأوهام مع أي معدل في مقياس استبصارهم، ومن بينها قياسات درجة الاستبصار في «الأوهام»، «اضطراب التفكير» و«الهلوسات» التي تبين أن الاستبصار ليس منعكسًا لحدة الأوهام (أمادور وآخر غير محدد 1991).

وأضاف أمادور وزملاؤه أن الاستبصار كان «شكلًا محددًا» بمعنى أنه قد يوجد مرتبطًا بمجموعة من الأعراض لا بغيرها. كما أضاف هؤلاء أن الاستبصار ينقسم فنومونولوجيًا إلى نوعين: أحد هذين الجانبين يمثل «الوعي» أو «إدراك علامات المرض أو أعراضه»، والآخر يمثل «الوصف» أو «التفسيرات حول سبب أو مصدر العلامات أو الأعراض».

تبحث العديد من الدراسات التجريبية اليوم في كل من مرض الفصام والمرض الهواسي الاكتئابي مستخدمةً قياسات قدمها بعض الباحثين الآنف ذكرهم، مبينة أن حوالي نسبة 60 أو 70 في المئة من هؤلاء المرضى يعانون من خلل على المستوى القدرة على الاستبصار. وتؤكد هذه الدراسات أن مثل هذه المقاربة القياسية لانعدام الاستبصار يبدو وكأنها تعكس الظاهرة الباثولوجية النفسية الناشطة في هذه الأمراض.

(5)

يعد إنكار المرض أو عمه العاهة متلازمة الوعي التي عُرِّفَت بالشكل الأكثر وضوحًا. وباعتبارها المتلازمة الأشد حدة، تكون الفنومونولوجية الخاصة بهذه المتلازمات مؤثرة. وتتضمن أساسًا تجاهل أجزاء معينة من جسم الإنسان أو حضور مختلف أنواع العجز البدني لدى المرء كنتيجة لظروف عصبية معينة.

كما تتمثل الحالة النموذجية لإنكار المرض في متلازمة الفص الجداري وعادةً تكون ناتجة عن مرض مخي وعائي، أو سكتة تؤثر في الفص الجداري غير المهيمن (هيلمان، فلنشتاين وواتسن1985). وفي هذه الحالة، إذا حضر المريض بعضو مصاب، على سبيل المثال اليد اليسرى، سينكر أن اليد جزء من جسمه. وقد لا يعير أي انتباه إلى الجهة اليسرى من المجال البصري الخاص به. فتكون كل المنبهات ذات العلاقة، البصرية والسمعية، حاضرة لكنه لا ينتبه ببساطة إليها بشكل عادي.

أثبت مؤخرًا المختص في الأعصاب ف. س. رمشاندان ظاهرة جديرة بالاهتمام من خلالها تسبب عملية التحفيز الدهليزي في الجانب المقابل شفاءً مؤقتًا لمتلازمة التجاهل، وذلك في حالة مريض أصيب بنوبة على مستوى جدار

المخ وهو مدرك للجهة المصابة لساعات قليلة بعد اختبار مرض الزكام (رمشاندان وبلاكسلي 1998). قد تقترح نتيجة البحث هذه إمكانية أن تعكس متلازمة التجاهل وظيفة تحت قشرية مغايرة، التي يغيرها مؤقتًا النشاط الوظيفي عوضًا عن الموت القشري العصبي النهائي كما في متلازمات النوبة الحسية الحركية العادية.

ويظهر المثال الرئيسي الثاني لإنكار المرض في مرض الزهايمر. وفي هذه الحالة، لا يدرك المرضى أنهم فقدوا ذاكرتهم، وأنهم غير قادرين على القيام بشتى الوظائف بصفة عادية. وبالتالي، سيحاول المرضى القيادة على الرغم من أنهم غير قادرين على التحكم في السيارة. أو أنهم قد يرمون إلى السيطرة على مالهم وأعمالهم رغم أنهم غير قادرين على القيام بعمليات حسابية بسيطة. أو قد يؤكدون أن ذاكرتهم قوية بشكل كبير في حال أنهم لا يستطيعون تذكر اسم فرد من أفراد العائلة من حين لآخر. بالإضافة إلى ذلك، يظهر النوع من انعدام الوعي بالاختلالات المعرفية الحادة لدى من 15 إلى 25 في المئة من الأشخاص الذي يعانون من مرض ألزهايمر. وقدم اقتراح مؤخرًا يقضي بأن إنكار مرض الزهايمر مرتبط بحالات الشذوذ التي تمس الفص الأمامي الأيمن (ستاركشتاين وآخر غير محدد 1995). كما ليس لمثل هؤلاء المرضى عيوب نفسية عصبية أخرى (مثل الذاكرة، الانتباه، أو التفكير المجرد)، بالمقارنة مع مرضى ألزهايمر الذين لا يعانون من عمه العاهة. وبالتالي، خلافًا لشبه التجاهل حيث يعتقد أن الفص الجداري قد تضرر، في هذه الحالة قد يكون مصدر إنكار المرض هو الفص الأمامي غير المهيمن.

(6)

كما أشرت آنفًا، ناقش الفيلسوف دانيل دينيت (1991) متلازمة التجاهل على ضوء نظرية العقل بالإشارة إلى مفهوم «الجوع المعرفي» كمرادف إكلينيكي لظاهرة النقطة العمياء البصرية العادية، التي لا نلاحظها. وعلى نحو مماثل، قد تحتوي متلازمات الوعي بصفة عامة على انعدام الجوع المعرفي كميزة فنومونولوجيا متكاملة. كما يعد انعدام الاستبصار في المتلازمات النفسية والإنكار في علم النفس العادي مجرد تعبيرات أكثر وضوح لعمه العاهة الذي يرافق النوبة أو الخرف.

وإذا كان هذا الاقتراح صحيحًا، عندها قد ينتج عنه عدد قليل من الاستنتاجات.

أولًا: قد يكون انعدام الجوع المعرفي عاديًا. وقد تكون النقطة العمياء البصرية بالشبكية آلية الدفاع النفسية العادية للإنكار. هذا وقد يكون مقدار معين من الوعي بما لا نعلمه ملائمًا نفسيًا ومفيدًا وبالتالي «عاديًا» بالنسبة للبشر.

ثانيًا: قد يكون انعدام الجوع المعرفي شاذًا عندما يكون حادًا، كما في حالة السكتة أو الخرف، أو عندما يكون أقل حدة نوعًا ما، كما في حالة الفصام والاضطراب ثنائي القطب.

أما ثالثًا: ويمكن أن يضاف إلى ذلك التأمل الفلسفي فيما يخص الصلة الوثيقة لحدود التفكير، كما هو مقدم من طرف بعض الفلاسفة (ماكجين1990)، وذلك بمناقشة حدود الوعي. وبعبارة أخرى، قد لا يكون فهمنا للعقل أو للطبيعة أو أي حقل من حقول البحث محدودًا جدًا بحقيقة أننا نمتلك عقولًا أو أننا جزء من الطبيعة أو أن فيها عيب ما على مستوى بنية العقل البشري الذي يحد من قدرتها على المعرفة. وقد نكون ببساطة غير قادرين على أن نكون واعين ببعض الأشياء، في الحس الإدراكي الذي يتضمنه الفرق بين الوعي والتفكير. كما يمنعنا هذا الانعدام في الوعي الموجود بطبيعته فينا من إدراك جوانب معينة من ذواتنا أو من الأشياء المحيطة بنا.

وأما رابعًا: أي: إذا كان انعدام الوعي (ربما بسيطًا) هو المعطى الأساسي للوعي البشري، عندها لا بد أن تتضمن نظريات الوعي والوعي بالذات محاولات لفهم وأخذ بعين الاعتبار الحقائق الخاصة بمتلازمات الوعي.

(7)

قد تدعم نظريات المحلل النفسي دونالد و. ونيكوت النتيجة الفلسفية القائلة بأن انعدام الوعي قد يكون معطى أساسيًا للوعي البشري (ونيكوت 1958). ولاشتغاله لعقود قليلة بعد فرويد، أكد ونيكوت الدور الإيجابي الذي يلعبه الوهم في حياة العقل. وخلافًا لفرويد، أقر أن الظواهر النفسية العادية هي «أوهام» غير

حقيقية أو غير مفهومة من قبل الذات نوعًا ما. وأضاف ونيكوت رغم عدم إمكانية تفاديها، إلا أنها جيدة. فنحتاج إلى الأوهام لأجل صحتنا النفسية. وكان مثاله الكلاسيكي هو «الشيء الانتقالي» وهو اكتساب القوى الذاتية لشيء غير عاقل مثل حيوان محشو أو غطاء، الشيء الذي يحدث تقريبًا على مستوى عالمي مع أطفال في مرحلة ما قبل الدراسة. وقد قدم ونيكوت وصفًا لهذه المرحلة من نمو الطفل الذي يستوجب الاعتقاد في وهم نفسي ضروري يسمح للطفل بالمرور تدريجيًا إلى «علاقات» ناضجة «بالأشياء» حيث يمكن للطفل أن يميز بين ذاته والأشخاص الموجودين خارج ذاته.

يستعمل الطفل في المرحلة المؤقتة للشيء الانتقالي توهم وجود كائن ذاتي في هذا الشيء لتطبيق تعلم العلاقات معه (ما يوجد خارج نطاق الذات). وبالتالي، يعد الشيء الانتقالي، باعتباره توهمًا نفسيًا، مفيدًا وصحيًا.

توسع المؤلفون بعدئذ في مفهوم التوهم لـ«ونيكوت» وطبقوه على ظواهر أخرى مثل الدين، ساعين إلى تبين الآثار النفسية الإيجابية لمثل هذه الظواهر الوهمية. ولهذا التفكير جذور يرجع أساسها إلى وليام جيمس، ووقع التطرق إليها في كتاب ونيكوت المتعلق بالجانب النفسي، وقد يحمل هذا الطرح فائدة ما.

وقد يتأتى مصدر آخر لتأييد خط التفكير لدى ونيكوت من متلازمات الوعي. وإذا صح الأمر بأن مقدارًا معينًا من انعدام الوعي، الذي يظهر كآلية دفاع في لإنكار، يكون حاضرًا في العقل السليم، عندها قد ينتج الإنكار قدرًا معينًا من الظواهر النفسية الوهمية. ومرة أخرى، إذا كان هذا الاعتماد العادي على التوهم شبيهًا بالنقطة العمياء في الشبكية بالدور الوظيفي الذي يلعبه نفسيًا، فقد يعكس ببساطة انعدامًا معينًا للجوع المعرفي. وربما لا نحتاج إلى أن نعرف ما ننكره، على الأقل بشكل مؤقت أو في أطوار معينة للنمو النفسي العادي.

(8)

قد يعجب قراء النظرية التحليلية النفسية من هذا الاعتماد الكثير على ونيكوت والإشارة الخاطفة فقط إلى فرويد. فقد أقام فرويد طبعًا، وهذا ما عرف عنه، الحجة على أن الدين يمثل أساسًا توهمًا صارخًا. («1927» 1953 1974). ولم يعتبر الأوهام جيدة أو أنها تخدم أي هدف إيجابي، كما اعتبرها ونيكوت.

لم يكن بعض التابعين لفرويد ضد الدين في تفسيرهم للتوهم. وقد بذل العديد من المحللين النفسيين جهدهم وهم يبنون على ما جاء به ونيكوت للتوفيق بين علم النفس والدين. ولكنهم لم يستبعدوا كليًا السؤال عن الدور الذي يلعبه التوهم: هل هو جيد أم سيئ؟

اعتبر فرويد بشكل ملموس أن التوهم هو شيء سيئ كليًا. وعبَّر قديمًا عن شعوره في كتابه بأنه لو أفصحت الاعتقادات الوهمية عن ذواتها، لحررت الحقيقة البشر من شتى أنواع العصاب. كما اتخذ في أحد كتبه الأخيرة الذي يحمل عنوان: «التحليل التام وغير التام»، الموقف المقابل تقريبًا ([1937] 1953 74). فقد عبّر فرويد عن ذعره لما يحصل، متأملًا في الصعوبات التي يواجهها في إقناع المرضى لوجاهة ودقة التأويلات التحليلية النفسية: مشكلة «المقاومة» المحيرة. كما أضاف قائلًا: بأن التحليل يتخذ وقتًا طويلًا، وقد يكون مجديًا أحيانًا وقد لا يكون كذلك. وإن السبب الذي يجعل «حقائق» تحليلية معينة تبدو مقبولة ومعينة للمريض، ويجعل أخرى تبدو غير ذلك.

وقد تقدم متلازمات الوعي منظورًا جديدًا. وقد يكون الأمر أن المقاومة التي واجهها فرويد لها علاقة ضئيلة بحقيقة التفاسير التحليلية النفسية، وحتى بتحويل مشاعر المريض (أو ردة فعل نفسية لا واعية) تجاه المحلل. وقد تقاوم تفاسير معينة، وإن كانت صحيحة، لأنها تخطت حدود التوهم العادي وحدود الإنكار كظاهرة صحية. هذا ولا يرغب أي مريض بهذا المستوى من التحليل. فعندما يأتي المرضى للتداوي بالأدوية، لن يقبلوا بإجراء عملية جراحية.

وحينما تكون التفاسير مساعدة للمريض، وتساهم في تقدم البحث بشكل جيد،

فذلك لأنها مرت بتوهمات سلبية، كالإنكار غير السليم، سواء ظهر هذا الإنكار على مستوى طور غير ملائم من أطوار النمو النفسي، أو لأنه ارتكز على مناطق العمل الوظيفي النفسي حيث يكون الاستبصار ضروريًا. وعندما يصبح انعدام الاستبصار مرضيًا، أي: في حالة الإنكار المبالغ فيه أو في حالة انعدام الاستبصار، قد يبدو الأمر صحيحًا، كما أقره فرويد، بأن الأوهام التي ينتجها غير صحية. فهذه هي الأوهام التي يمكن أن تحذفها تقنية التحليل النفسي، تاركة المرضى في حالة راحة وتحرر من عبئها ليواجهوا أنفسهم بالحقيقة. ولكن كما أقر به العديد من الإكلينيكيين، بالانغماس في لبِّ توهم يجب أن لا يمس، يمكن أن يجعل التحليل النفسي حالة المريض أسوأ مما كانت عليه (يمكن أن تسبب في ظهور الهواس عند شخص حساس). وفي تلك الحالات، يترك العمل التحليلي المرضى دون سند أو مساعدة لحماية مشاعر معينة، أو جوانب من حياتهم النفسية التي تحتاج إلى مبادرة منهم لصيانتها من أي خطر.

وما يمكن استخلاصه هو أن فرويد ووينيكوت يُفهمان بشكل جيد كونهما يصفان جوانب من الحياة النفسية التي تتأثر بمستويات مختلفة من الوعي. فيصف ونيكوت الأوهام العادية التي تحمي جوهر الذات الذي لا يكون عرضة للتأثر. أما فرويد فيستخلص الحاجة إلى الاستبصار في جوانب من الحياة العقلية، والتي يحصل تجاهلها على مستوى خطر يتهدد الشخص.

(9)

ويمكن فهم حالات نفسية شائعة، نذكر منها على سبيل المثال الاكتئاب الإكلينيكي، بشكل أفضل على ضوء الصلة الوثيقة لمتلازمات الوعي.

تتمثل زوايا الطرح فيما يخص الآليات النفسية الكامنة وراء الاكتئاب، والتي تطورت وفقًا لمنهجين منفصلين في المدرسة المعرفية السلوكية، ومدرسة علم نفس الاجتماع. لقد أقامت المدرسة المعرفية السلوكية، التي اكتسبت مكانة أكبر وسط الإكلينيكيين، الدليل على أن الآلية النفسية الرئيسية من وراء الاكتئاب الإكلينيكي تتمثل في ميل المرضى إلى تشويه الحقيقة، من خلال أجهزة عقلية

معرفية غير دقيقة. وبعبارة أخرى، دائمًا ما يكون اعتقادهم عن العالم خاطئًا، وفي هذه الحالة هذا الخطأ هو ما يجعلهم تعساء. ويعبّر مزاجهم عن حالة اكتئاب، لأن معرفتهم هي ما يسبب الشعور بالاكتئاب. فلقد تحقق قدر كبير من النجاح بالعلاج النفسي القائم على المعرفة والسلوك الذي يرمي (أعني العلاج النفسي) إلى تغيير الأساليب المعرفية الاكتئابية.

تنبني المقاربة التي سبق ووقعت الإشارة إليها، وهي الحقيقة الاكتئابية، على البحث في أدبيات علم نفس الاجتماع. وانبثق هذا المنهج في التفكير عن بحث أجري على أشخاص عاديين، حيث خضعوا لاختبارات معينة في العمل الوظيفي المعرفي. ففي بعض الاختبارات كانت أخطاؤهم نتيجة قراراتهم، وفي البعض الآخر قدمت أخطاء بشكل اعتباطي خارج سيطرة الأشخاص الممتحَنين. هذا وطلب من هؤلاء الأشخاص أن يقدموا وصفًا لمدى إحساسهم بما سببوه من الأخطاء التي أنتجوها. فهؤلاء الذين كانوا يعانون من بعض أعراض الاكتئاب القائمة على مقاييس التقدير الذاتي أكثر دقة من هؤلاء الذين لا يشتكون من أعراض اكتئابية في إرجاع سبب الخطأ إلى أنفسهم في مقابل الخطأ الاعتباطي الخارج عن نطاق سيطرتهم. وعلى نحو معاكس، كان للأشخاص «العاديين» غير المكتئبين إحساس بسيطرة أكبر مما يمتلكونها في واقع الأمر. وبناء عليه، قدم الباحثون رأيًا بأن هؤلاء الأشخاص باكتئاب درجة متوسطة (لكنهم ليسوا يعانون من اكتئاب إكلينيكي سريري ـ وبالتالي هم «عاديون») كانوا أكثر واقعية من الأشخاص غير الاكتئابيين الذين يمثلون الطرف المقابل لهم.

يبدو هذان التفسيران للاكتئاب متناقضين. لذلك، قد يبيّن فهمهما من جهة متلازمات الوعي كيف يمكن أن يلتقيا. كما نوقش في الفصل (15)، إذ يعيش كل فرد أعراض اكتئابية متوسطة الخطورة، وهي التي تعقب مختلف مواقف الشدة والرخاء في الحياة، ويمثل عادةً الإنكار المتوسط الحدة عاملًا مساعدًا في العلاقة مع الأحداث التي يعيشها الشخص في الحياة. وفي المقابل، وقد نبالغ، في حالة الاكتئاب الإكلينيكي، في وصفنا لأحداث الحياة هذه من خلال تأزيم حالة المزاج بواسطة علل معرفية خاصة بنا (استبصار مبالغ فيه).

(10)

تعدّ متلازمات الوعي مجموعة من الحالات النفسية التي تتراوح بين ما هو عادي وشاذ، ويمكن أن تنقسم إلى ثلاثة أنواع وفق ازدياد حدة حالة الشذوذ: وهي الإنكار، انعدام الاستبصار، وعمه العاهة. وإلى حد هذه اللحظة، يعد عمه العاهة متلازمة الوعي الأكثر دراسةً ونقاشًا. وقد بدأت دراسة الإنكار وانعدام الاستبصار بدقة أكثر، ويمكن أن يكون لهما تبعات ذات أهمية كذلك لعلم النفس والفلسفة الإنسانية. إن أهم أثر حاصل هنا هو إدراك أن قدرًا معينًا من انعدام الوعي هو عادي نفسيًا. ويتضمن ذلك، أن انعدام الوعي (رغم أنه بسيط مثل النقطة العمياء في الشبكية) ربما كان معطى أساسيًا للوعي البشري، وحقيقة مؤلفة بتبعات واسعة النطاق. وقد تتجلى هذه الحقيقة في مفهوم دينيت للجوع المعرفي، أو تعكس جانبًا من الحدود الطبيعية للمعرفة البشرية المبنية على أسس حسية ونفسية أكثر منها على أسس معرفية. وعلاوة على ذلك، قدم ونيكوت وفرويد الدليل الإكلينيكي على وثاقة صلة التوهم في بعض الحالات والاستبصار في الحالات الأخرى بجوانب مختلفة من الحياة العقلية. وكذلك، يمكن أن يفهم الاكتئاب الإكلينيكي من منظور فرط الوعي بعواقب ومساوئ الحياة. وفي كل هذه الحالات، تسلط متلازمات الوعي الضوء على علم النفس البشري، وتقدم تبعات جديدة لفلسفة العقل.

(11)

يقودنا خلل الاستبصار، كشكل من أشكال المرض النفسي، مباشرةً إلى مشكلة أخلاقية ظهرت مؤخرًا: هل يمكن أن يخضع شخص ما، مريض عقليًا ومفتقد للاستبصار في مرضه، إلى المعالجة، وبالتالي يدفع به إلى أن يصبح أفضل صحيًا؟

هناك من يؤكد أن المرض العقلي وهمٌ. فيشيرون إلى الصعوبات في تثبيت خصائص ما هو «عادي» وتمييز الشاذ من العادي، ثم يخلصون إلى نفي المرض العقلي. هذا ويعارض هؤلاء الأشخاص بالدليل أي محاولة لمعالجة المرض العقلي طوعًا أو كرهًا. ومن بين الآخرين الذين يعارضون العلاج النفسي الإكراهي، هم المدافعون عن الحريات المدنية، ويرمي هؤلاء إلى التركيز على الحقوق الجسدية.

وعليه، قد يعارض المؤيدون للحريات المدنية السجن الشرعي لشخص ما. ومن غير المفاجئ أن يكونوا معارضين أكثر لعمليات قمع حرية الفكر. بالإضافة إلى ذلك، فقد تخطَّى الطب النفسي كمهنة حدوده في الماضي. ففي بعض الأحيان، عمل الأطباء على إدخال المرضى إلى المشافي بشكل مبالغ فيه، أو إعطائهم علاجات دون اقتناع تام. وبالتالي، مال المرضى وعائلاتهم على مر السنوات لمنح سلطة كبيرة للأطباء والمستشفيات.

ومع ذلك، وبالرغم من صعوبة تمييز المرض النفسي عن الحالة العادية، يبدو الإيمان بالحرية المدنية الحازم، ردة فعل يشوبها الغلو والتطرف. وتمثل الحجة الأقوى ضد هذا التيار المؤمن بالإرادة المدنية الحرة، مشكلة انعدام الاستبصار. وإذا كان الأمر صحيحًا، كما يبدو عليه الحال، بأنه في بعض الحالات العقلية الأكثر حدة، لا يدرك المرضى أن هناك مشكلة يعانون منها، لذا، قد تكون قدرتهم على اتخاذ القرارات لمصلحتهم مختلة.

قد ظهرت هذه القضية على السطح في زمن ليس ببعيد حينما تُرِك الأفراد الذين وقع تشخيصهم بأنهم يعانون من مرض عقلي حاد، وهو في الغالب مرض الفصام، دون علاج، وبالتالي تسببوا في أذيات للآخرين، مثل حالة حدثت في نيويورك، إذ قام شخص يعاني من الفصام بدفع شخص آخر أمام سيارة في الطريق.

أعتقد أن التركيز الجيد في المفهومين الأساسيين هنا سيساعد على توضيح مقاربة عادلة للسياسة العامة المتعلقة بهذا الموضوع، فمن ناحية، هناك صعوبة تمييز الأنواع الواضحة للمرض العقلي عن الحالة العادية، ويعد المفهوم العام للمرض العقلي عرضةً للنقاش الفلسفي الحقيقي، ومن الناحية الأخرى، ترتبط الحالات العقلية الحادة بالاختلال على مستوى الاستبصار من جهة الشخص الذي يعاني من تلك الحالات، وبالإضافة إلى ذلك، تبين الأبحاث والأدلة أن لتلك الحالات علامات المرض الحقيقي، وبالتالي تمثل حالات غير عادية للعقل.

قد تدعم وجهات النظر هذه، العلاج الإلزامي في حالة تلك الأمراض الخطيرة، فقط عندما ترتبط باختلال موثق يصيب الاستبصار (التي يمكن أن تقيم بصفة موضوعية بمقاييس المحادثة)، ما عدا ذلك، يبدو تجنب الإلزام في أي ظروف غير

تلك الظروف أمرًا معقولًا، وعلاوة على ذلك، قد يظهر العلاج الإلزامي بشكل أفضل عندما تُبنى الوصاية بشكل قانوني، مع فرد من العائلة أو فرد تعيِّنه المحكمة.

يمثل المرض العقلي مفهومًا عامًا وفضفاضًا بينما يعد الاستبصار المختل في الهوس والفصام أكثر دقة، وقد يبلي صنَّاع القرار بلاء حسنًا بإدراك ذلك التمييز.

الفصل الثامن عشر

الفارماكولوجيا النفسية
الكالفينية أم مذهب المتعة؟

شكلت الرأسمالية المبنية على التكنولوجيا اليوم طبعًا عامًا مختلفًا: إذ تعد الثقة، والمرونة، والسرعة، والطاقة - التي تمثل الجوانب الإيجابية لفرط المزاج - في أوجها.

بيتر كرايمر، 1993م

(1)

كانت امرأة شابة، خجولة، وغريبة الأطوار. أحكمت قبضتها على قارورة الماء كما لو أنها توفر لها الراحة التي سلبها إياها العالم. كانت ممتلئة الوجه، مصفرة، بلمحة من البراءة، بدا كما لو أنها أتت من مكان يكون الهواء فيه نقيًا والفضاء شاسع، وكانت كذلك فعلًا. إذ كانت نورث داكوتا بالنسبة لها مملة جدًا، لذا غادرت المنزل في سن الثامنة عشر، وحلت ببوسطن، فاشتغلت كمدبرة منزلية وأسرفت المال في شراء الملابس عوضًا عن المدرسة، وطالما كانت تبحث عن مخرج لهذا الضجر، قالت متذمرة: «أنا منقطعة عن كل من حولي»، عن صديقها والفتيات الأربع اللواتي يعشن معها. وبحسب قولها، كانت تعيش لوحدها وسط جمع من الغرباء، وعندما رأت صديقًا يتناول بروزاك خطر ببالها تجربته، وبقيت لمدة شهر لا حاجة لها بطبيب يخبرها بكيفية استعماله، ونجح ذلك العمل، وقلت لها متسائلًا: «كيف كان تأثير بروزاك بعد استعماله؟» ردت قائلة: «كان بمثابة وضع نظارات لأول مرة، فجأة

أصبح كل شيء واضحًا»، ولكن دون مساعدة الطبيب، انخفض مخزون صديقها من الدواء آنذاك، وغرقت من جديد في عالمها المحض والبريء والمعزول.

لقد غير إنتاج الأدوية السليمة والفعَّالة مبحث الطب النفسي، وعوضًا عن أن يقتصر الدور على مجرد معالجة الأمراض، هل سنحاول بذلك «تحسين» الحالة العادية في المستقبل؟ وتعد إحدى القضايا التي أصبحت معروفة بقابلية توفر العديد من الأدوية الجديدة المسموح بها والمضادة للاكتئاب، هي السؤال التالي: من الذي يجب أن يعالج؟

يعدّ الفرق بين العلاج والتحسين مشكلة تتعلق بأخلاقيات الرعاية الصحية التي تستوجب اعتماد المقاربة الصحيحة للتدخل العلاجي لمرض معين، وفي هذه الحالة نقصد الاكتئاب، وبالاعتماد على تعريف المقصود بمرض الاكتئاب، تنقسم المقاربات العلاجية إلى هذين القسمين، العلاج والتحسين. هذا وسأناقش أن تعريف المشكلة بهذه الطريقة يوضح العديد من المفارقات فيما يخص استعمال الأدوية والعلاج النفسي في حالة الاكتئاب، وكلاهما من زاوية نظر السياسة المتوخاة في رعاية الصحة، ومن زاوية نظر أخلاقيات المهنة.

(2)

ينبني مفهوم العلاج على نموذج بيو طبي للمرض، حيث يمثل المرض في هذا النموذج اختلالًا يمس الأعضاء البدنية المكونة للجسم، الشيء الذي يسفر عن فقدان وظيفي للقدرة على القيام بالأنشطة العادية للجسم. بالإضافة إلى ذلك، يعتبر نورمان دانيال الأخصائي في أخلاقيات هذا الميدان أن ما تقدم هي «الاختلالات للوظيفة العادية للإنسان» والتي تؤدي إلى تقلص في توفر الفرص السانحة للفرد» (1985، 27)، هذا ويتبنى دانيال مفهوم «الحياة السعيدة» الذي قدمه الفيلسوف جون رول، والذي يتمثل في قدرة الفرد على بناء «أهداف ومشاريع عمل» وتقديم الوسائل التي يمكن تحقيقها، وبتطبيق النموذج البيو طبي، يمثل الاكتئاب شذوذًا على مستوى الدماغ يؤدي إلى تقلص في قدرة الفرد على مواصلة تلك الأنشطة التي تسمح بتحقيق أهداف الفرد في الحياة، وقد يقر المؤيد لهذه المقاربة بأن

العلاج ضروري لمعالجة الدماغ والسماح بعودة النشاط العادي بالمقارنة مع أقران الشخص.

ينتهي المؤيد لمقاربة التحسين في علاج الاكتئاب إلى المشكلة المتأتية من نماذج المرض الأخرى، ففي إحدى هذه النماذج، التي تتبناها منظمة الصحة العالمية، هناك رفض صريح للتصور البيو طبي: «تعد الصحة تلك التي يتمتع فيها الإنسان بتمام الصحة البدنية والذهنية والاجتماعية، وليس فقط مجرد غياب المرض أو العلة» (دانيال 1985، 29)، هذا وتستدعي هذه المقاربة، كما أشار دانيال، توافقًا بين الصحة والسعادة، ويقر نموذج آخر للتحسين بأن المرض يمثل ضربًا من الانحراف عن الحالة العادية، فعلى سبيل المثال، يعرف ارتفاع ضغط الدم كونه ارتفاع ضغط الدم بشكل غير اعتيادي يفوق أو يعادل 95، لهذا يعتبر أن الشخص الذي ضغط دمه 94 لا يعاني من المرض، وعلى نحو مماثل، قد ينظر إلى الاكتئاب ككونه حالة مزاج خارج مجموعة الأفراد العاديين، وأما النموذج الآخر الذي يرمي إلى تجاوز المقاربة البيو طبية فهو مقاربة ترتكز على القيم حيث يعرف الشخص المرض من خلال أحكام ذات أساس قيمي، ترتكز على التوقعات أو المعتقدات الأخلاقية، وهي بالتالي متعلقة بالنظريات الأخلاقية للشخص، لهذا قد يمثل الاكتئاب حالة مزاج دائمًا ما تكون غير مقبولة أو مضرة من وجهة نظر أخلاقية، لأنه يُعتقد أنها تتداخل مع فضائل أخرى مقبولة أو مقاييس أخلاقية ضرورية للعيش الكريم.

يتضمن أي من هذه النماذج غير البيو طبية البديلة خلاصة أن أنواع التدخل العلاجي للاكتئاب لا بد أن ترمي إلى تحسين العملية الوظيفية للفرد عوضًا عن القبول بمجرد إعادة جبر فقدان الوظيفة عند الإنسان.

(3)

قديمًا، ساند الأطباء نموذج المرض البيو طبي ومقاربة العلاج المناسب للاكتئاب، ومن ناحية السياسة المتعلقة بالصحة العقلية، يعني ذلك أن التغطية التأمينية لعلاج الصحة العقلية لا بد أن ترتبط حصرًا بالمرض العقلي أو الإعاقة،

والشيء الذي يتضمن معالجة على مدى بعيد تهدف إلى تحسين العملية الوظيفية، ويجب أن لا تتضمن تحسين الوظيفة العقلية، حينما لا يتعلق الأمر بالصحة العقلية والإعاقة.

ويمكن تفصيل هذه الحجة كما يلي: يحدد التشخيص الطبي مفهوم الاكتئاب عند عدد قليل من الناس، فالكلفة الاجتماعية للاكتئاب، باعتباره مرض حاد أو عدم مقدرة، تفوق بشكل كبير كلفة العلاج، وبناء عليه، يجب أن تنحصر خدمات الصحة العقلية في علاج المرض الحاد أو عدم المقدرة.

يعتبر هذان الافتراضان تجريبيين لهذه الحجة. حيث خضعت مناهج التشخيص في الطب النفسي لمراجعة كبيرة في العقدين الأخيرين بما أنها أصبحت اختزالية في تعريفاتها للأمراض مثل الاكتئاب السائد ولن تنطبق، إذا ما طبقت بحذافيرها، على شرائح واسعة من المجتمع، فبالنسبة للأمراض النفسية التي تصيب الكهول، سيقع تشخيص فقط ما نسبته 5 إلى 10 في المئة بالاكتئاب السائد في أي لحظة من حياتهم، ونسبة 2 إلى 5 في المئة بالاضطراب ثنائي القطب، وفقط 1 في المئة بمرض الفصام، وبالإضافة إلى ذلك، تقارن هذه النسب التشخيصية بشكل تفضيلي مع الأمراض الطبية الأخرى، فالبعض منها يعتبر حاضرًا بشكل مكثف، وبالتالي تكون أكثر كلفة في العلاج بشكل إجمالي مثل التهاب المعدة وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم أو ارتفاع ضغط الدم، وما للمعطيات من دور إلا لتبين أن العلاج غير الملائم للاكتئاب هو مكلف بشكل أكبر في النهاية بسبب ارتفاع درجة استهلاك كل من الخدمات الطبية الأخرى، وتأثير حدة الاكتئاب في فقدان الإنتاجية الاقتصادية.

وبرجوعهم إلى المقاربات البديلة للتحسين، يمكن تقديم العديد من الاعتراضات على التعريفات الأساسية للمرض من منظور الصحة العامة. فيمكن أن تكون مقاربة ما، كما سيأتي ذكره حيث تكون كل الأدوية مضرة لكونها تؤدي إلى أعراض جانبية. ولو سلمنا جدلًا بأن المخاطر تفوق مزايا الأدوية الموصوفة، لا يمكن أن يعطى العلاج، كما يجب أن لا يعطى العلاج بالوصفات الدوائية بشكل روتيني لأعراض اكتئاب لا تتطابق مع المقاييس المحددة لتشخيص الاكتئاب السائد.

تعكس المزية الأولى الحقيقة العلاجية الدوائية، فكل حبة دواء، مهما كان نوعها، يمكن أن تؤدي إلى آثار ضارة في جسم الإنسان، وحتى الأدوية التي تعد واضحة على مستوى التركيبة والنجاعة، مثل الأسبرين، يمكن أن تضر الإنسان (في حالة الأسبرين، يمكن أن ينتج عن ذلك قرحة أو متلازمة راي)، وبالتالي، لا يوجد أي علاج خال من المخاطر بالرغم من وجود بعض الأدوية الأكثر خطورة من الأخرى، هذا ومن الواضح أن كل الأدوية ضارة بشكل مباشر، كما ذهب إلى ذلك أوليفر هولمز («1860» 1911) فيكمن السؤال فيما إذا كانت الأدوية نافعة بشكل غير مباشر، وعليه، يجب أن تعطى الأدوية فقط حينما تفوق المنافع المخاطر، وهو ما يكون دائمًا الحال عندما نكون إزاء اكتئاب مميز (مع ما يميزه من خطر مميت من جراء الانتحار واحتداد المرض) ويمكن أن تقام الحجة على أن بعض الأدوية تحمل خطرًا جد ضئيل بحيث يمكن تناولها بشكل أكثر حرية لبعض الأعراض الاكتئابية الصغرى التي لا تعكس تشخيصًا للمرض.

تعدّ هذه الأطروحة، التي تعرف بعلاقتها بدواء فلوكسستين (بروزاك)، غير متناقضة ذاتيًا، ولكنها محفوفة بالمخاطر، وقد يعكس جزء من التردد في ضبط الدواء «كالفينية فارماكولوجية نفسية» قديمة، ومع ذلك، إذا تقبل الشخص المقولة الأخلاقية الأبقراطية (أولًا، لا تخلف أي ضرر) كمقياس طب أولي للممارسة الأخلاقية، فيجب أن يكون تبني نموذج التحسين استثناء نادرًا أكثر من كونه مبدأ، ويقينًا، تتواجد مخاطر معينة لتناول بروزاك مثل الارتباط المثير للجدل مع حالة الانتحار، والتفاعلات المضادة مع أدوية أخرى.

(4)

قدم المختصان في أخلاقيات العلاج إدموند بليجرينو وديفيد توماسما (1981) في وصفهما لمنطق الحكم الإكلينيكي، أفكارًا يمكن أن تربك الحجة السائدة القائمة على الأساس البيو طبي، حيث أقرا بأن اتخاذ القرار الإكلينيكي في الطب يتكون من ثلاث مراحل: أولًا: الملاحظة وجمع المعلومات وهذا هو فن الطب، وثانيًا: فهم المعطيات التي جمعت وفقًا للمعرفة حول المتلازمات،

الأمراض، التنبؤ، ونجاعة العلاجات، فهذا هو علم الطب، أما ثالثًا: يظهر قرار العلاج على أساس الأحكام القيمية التي يقدمها المريض والطبيب وهي بدورها مرتكزة على مجموعة من العوامل (الثقافية والاقتصادية والاجتماعية والأخلاقية والدينية)، وهذه هي أخلاقيات الطب، ثم بيّنا أن هذه المرحلة الأخيرة هي التي تجعل الطب ما هو عليه كطب وليس نشاطًا آخر، وعلاوة على ذلك، ما يميز الطب كميدان مخالف للعلم المحض أو الإنسانيات الصرفة، حسب رأيهما، هو أن هدفه ليس المعرفة من أجل المعرفة، أو الفن من أجل الفن، وإنما هو العمل الحق لفائدة المريض، فالغاية الأسمى، أي: العمل، هي ما يصبغ ما هو أخلاقي على الطب، وإنها للمرحلة الأخيرة التي يمكن أن تدفع بالمحاولة إلى تطبيق الفرق بين العلاج والتحسين. وإذا ما سلمنا جدلًا بأن هذا الفرق هو نوع من القيمة وليس معطى من جملة المعطيات، وهو أخلاقيات لو ليس علمًا، وقرارات شخصية لا سياسة صحية، وبالإضافة إلى ذلك، لو هم المرء بتطويع هذا الفرق بين العلاج والتحسين في حالة الاكتئاب، لتمكن من بناء الحجة على التحسين كما يلي: إذا كنت أحس بأنني غير مسرور، سأسعى كي أكون مسرورًا، وإذا كان هناك دواء يمكن أن يجعلني مسرورًا، سأتناوله، ما دامت درجة عدم السرور الذاتي الذي أشعر به تبدو أسوأ، بالنسبة لي، من الأعراض الجانبية الممكنة للدواء أو مخاطره.

ليس للقضايا الاقتصادية مجال في هذه الحجة، لأن التعامل معها يحصل كعملية اتخاذ قرار فردي أخلاقي، وليس كقرار أخلاقي ذي مستوى أعم له تبعات اجتماعية، فهب أنني أستطيع أن أوفر الدواء، أو أن التأمين الذي أتمتع به يتكفل بالمصاريف، فلا تتدخل الجوانب المالية في عملية اتخاذ القرار، وعلاوة على ذلك، تملك الحجج غير المؤيدة للتحسين والتي ترتكز على عدم الفاعلية العلمية للعلاجات المقترحة وزنًا ضئيلًا، حتى وإن ثبت أن شيئًا ما، لا فائدة منه، فهو قد يظل ذا جدوى لفائدتي.

وبناء على ذلك، حينما تصبح قيم الأطراف المشاركة جزءًا من عملية اتخاذ القرار، في أي حالة فردية، قد يكون التحسين خيارًا علاجيًا مجديًا.

(5)

يمكن الاقتراح بأن الحجتين المقدمتين أعلاه عجزتا عن دحض إحداهما الأخرى لأنهما يتسمان بنظريات أساسية تتعلق بالصحة والمرض، والتي لا يمكن أن تخضع للمقارنة، ويرتكز السبب الرئيسي لماذا يمثل الفرق بين العلاج والتحسين مأزقًا فلسفيًا على هذه القضية، وبالإضافة إلى ذلك، وبما أن هناك المشكلة الأخرى وهي مشكلة ثنائية العقل والجسد في الاضطرابات النفسية، فهناك نوع من الشك فيما إذا كانت وجهات النظر هذه نادرًا ما تلتقي في منطقة تفاعل ما.

رغم أن النموذج البيو طبي يبدو أكثر جدوى علميًا عند العديد من الإكلينيكيين، فغالبًا ما يذكر الفلاسفة العديد من نقاط ضعفه، فعلى سبيل المثال، يعد الأمر مقبولًا على نطاق واسع أن تكون المقاربة البيولوجية الصرفة محدودة، هناك أبعاد نفسية واجتماعية للأمراض النفسية (إضافة لكل مرض طبي)، وكما أشرنا سابقًا، قدم جورج أنجل مقترح النموذج البيوسيكو اجتماعي الجديد لفهم المرض، وأصبح هذا النموذج الوضع الراهن في الطب النفسي المعاصر، وإن نتقبل هذا النموذج، من هناك يمكن أن نبحث عن تحسين الحالات السيكو اجتماعية «العادية»، الشيء الذي نعتبره عاديًا فقط بالنسبة إلى عهود تاريخية معينة، وعلاوة على ذلك، لو تناول كل واحد دواء معين «أ»، يمكن أن نتجنب الاكتئاب، مثل ما نتقبل اليوم التلقيح لنحمي أنفسنا من أمراض معدية معينة.

ولقد أرهق هذا التوجه المفكرين، وشغل بالهم في خصوص هذا الموضوع على مدى جيلين عل الأقل، وكان المؤتمر الذي عقد عام 1961 تحت عنوان: **سيطرة العقل** قد جمع أسماء رنانة ومرموقة لتتلاقى مع بعضها البعض من أمثال الكتَّاب ألدوس هكسلي وآرثر كوسلر والمختصين في العلوم السياسية هارولد لازويل وسيمور مارتن لبسات، والمؤرخ المثقف ستيوارت هايز، والمختص في جراحة الأعصاب ولدار بينفيلد والطبيبين النفسيين سيمور كيتي وجوناثان كول (فاربر وولسون 1961)، وترمي مساعي هذا المؤتمر إلى التأكيد على القراءة القائمة على أخذ المعلومة حينما يرجع المرء إلى بدايات القرن الحادي والعشرين، فشك المشاركون عمومًا في إمكانية أن يكون للأدوية النفسية القدرة على السيطرة على

العقل البشري كرادع للحرية، وكان العزاء الرئيسي لهم أنه بدا من غير المحتمل أن يصل علم الطب النفسي إلى هذا المستوى من التطور.

عندما نشر بيتر كرايمر عام 1993 عمله بعنوان: **الاستماع لـ بروزاك**، لاحظ الجمهور العام أننا قد بلغنا تلك الدرجة، فالسؤال هنا هو هل نحن الآن حيث تمنى هكسلي وكيتي وزملاؤه ألا نكون كذلك؟ وهل هذه الأدوية تحررنا أم تسيطر علينا؟

(6)

عوضًا أن نناقش مزايا مختلف نماذج الصحة والمرض، من الأفضل لنا أن ندقق التركيز على الحدود العملية التي تفرضها المعطيات التجريبية على مبدأ التحسين حتى وإن كان ذلك مع الأدوية النفسية الأكثر دقة ونجاعة، فهل يمكن لـ بروزاك على سبيل المثال فعلًا أن يحسن العملية الوظيفية للأشخاص أصحاب الحالات الأكثر اكتئابًا وغير الإكلينيكية، حسب ما عرفه النموذج البيو طبي؟ هل هو آمن إذا ما قدمناه كإجراء للصحة العامة، بشكل يشبه كثيرًا التلقيح ضد الكساح؟

أقول إن الإجابة كلا، فقد يحسن بروزاك، حقيقة، عمل الشخصية عند أفراد معينين، بيد أن السؤال الذي تنضوي تحته الصحة العامة يخص درجة أمانته، هذا وسأترك جانبًا لوهلة مخاطر الدواء الفارماكولوجية النفسية (اختلال الوظيفة الجنسية، التداخلات الدوائية)، لأن هذا قد يكون متلازمًا مع مركبات فارماكولوجية نفسية متشابهة ولكنها مختلفة بعض الشيء، وأعتقد أن القضية الأعم تتمثل في أن مضادات الاكتئاب، ومنها بروزاك، يمكن أن تحمل أخطارًا إكلينيكيًا حتى في علاج الاكتئاب.

لا بد من الإشارة في البداية إلى أن هناك نوعين من الاكتئاب: أحادي القطب (اكتئاب تشوبه حالة مزاج حسنة أو عادية) وثنائي القطب (اكتئاب تشوبه حالة فرط في المزاج مثل الهوس أو فرط الهوس المعروف كذلك بالهواسي الاكتئابي)، فمعظم حالات الاكتئاب تكون من صنف ثنائي القطب: ولا يزال هناك خلاف حول عددها ولكن تضع بعض الدراسات الوبائية الجيدة عدد حالات الاكتئاب ثنائي القطب عند حدود المجال بين 2 و5 في المائة من السكان، ومعدل الاكتئاب

أحادي القطب القياسي هو 10ـ5 في المائة من السكان، وإذا جمعنا النسبتين وقارنا معدل ثنائي القطب بالمجموع، يمكن أن نخلص إلى أن واحدًا من كل اثنين أو ثلاثة أشخاص يعانون من الاكتئاب لديهم حقيقةً اكتئاب من صنف ثنائي القطب أكثر منه من صنف أحادي القطب (قائمي، كو، وغدوين 2002).

تتمثل المشكلة هنا في أن مضادات الاكتئاب أقل فاعلية في حالة الاكتئاب ثنائي القطب منها في حالة الاكتئاب أحادي القطب، ويمكن أن تسبب في مس بصفة مباشرة عند حوالي 30 إلى 50 في المئة من الأشخاص الذين يعانون من اكتئاب ثنائي القطب ويمكن كذلك أن ينتج عنها سوء في حالة المرض طويل المدى (أكثر مسًا وأكثر اكتئاب) عند ما يقارب 25 في المئة من الأشخاص الذي يعانون من الاكتئاب ثنائي القطب (قائمي، كو، وغدوين 2002)، وبالتالي، يمكن أن تسوء حالة قرابة 25 في المئة من الأشخاص المصابين بالاكتئاب (ثنائي القطب) بتناولهم لأدوية مضادة للاكتئاب، وتحت رقابة طبيب ذي كفاءة يمكن لهؤلاء الأشخاص أن تتحسن حالاتهم بمهدئات المزاج واستعمال عرضي للأدوية المضادة للاكتئاب، غير أن المخاطر يجب أن تكون واضحة إذا ما قدمنا مقترحًا يفضي بأن كل هؤلاء الأشخاص سيتناولون مضادات الاكتئاب كإجراء معياري للصحة العامة أو إذا ما توجهوا إلى دكان لبيع المنتجات الغذائية لشراء مضادات الاكتئاب المستخرجة من الأعشاب مثل عشبة القديس جون (قد سجلت حالات من المس بسبب عشبة القديس جون).

إذن، هناك مشكلة عملية كبيرة: تعد مضادات الاكتئاب ذات فاعلية وسلامة فقط عند بعض الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب، فلا نزال في حاجة إلى تقويمات دقيقة من الإكلينيكيين لتحديد من الذي يتوجب عليه أن يتناول مضادات الاكتئاب.

(7)

ولا يزال يراودنا سؤال يمكن أن يؤجل، ولكن لا يمكن التغافل عنه ألا وهو السؤال الأخلاقي والفلسفي: إذا أكد دواء آخر فاعليته في تحسين الجانب الوظيفي أو المزاج عند أغلبية الأشخاص المكتئبين بدرجة دون البيو طبية، وإن يكن غير

مساهم في الإدمان أو ليس لديه مخاطر واضحة أخرى، فما هي الوجهة المبدئية الأخلاقية إذن التي يجب أن يتخذها المرء؟

أعتقد أننا الآن يمكن أن نعيد المقولة التي قيلت في مؤتمر سان فرانسيسكو منذ أربعة عقود خلت: فنحن لم نبلغ ذلك المستوى، ولكن سرعان ما بلغنا بشكل جيد ذلك المستوى، وبالإضافة إلى ذلك، إن تلتقي كل هذه الشروط، من الممكن آنذاك أن نصرح بأن العديد من الاختلافات في شأن التحسين تتلاشى تباعًا.

أشعر أن المستقبل يخفي لنا شيئًا آخر، فلم تعد لنا حاجة إلى تطوير تلك الأدوية، فيمكن أن توكل المهمة إلى الوقاية الجينية لتقدم لنا شيئًا أفضل بكثير، هذا وحدث شيء مشابه بالنسبة للمرض المعدي، إنه التحول الفكري (براديغما التغيير) العظيم الذي طرأ على الطب الحديث، وعلى الرغم من أن أنواع اللقاحات والمضادات الحيوية تشهد تطورًا وتحافظ على أهميتها، وأن أنواعًا جديدةً تتابع حضورها على مستوى الإنتاج، يقع تبديد الأغلبية الساحقة من الأمراض المعدية بضوابط الحماية التي تشرف عليها الصحة العامة، وعلاوة على ذلك، تم تحديد الظروف البيئية التي أدت إلى انتشار العدوى (تفشي مرض السل والطاعون وغياب شبكات الصرف الصحي للقضاء على الكوليرا) وتهيئتها على الأقل في البلدان المتقدمة، وعلاوة على هذا كله، يقتضي المرض النفسي ارتباطًا سببيًا جينيًا وبيئيًا، وفي الوقت الذي يواصل فيه البحث التعرف على الجوانب البيئية المتعلقة بالمرض النفسي وتحسينها، سيتعدى ذلك ليشمل جوانبها الجينية، ومع ذلك، حين يشهد بحث التركيبة الجينية الخاصة بالإنسان تقدمًا، فقد توجد القدرة للتعرف على العوامل الجينية المهمة التي تحمل القابلية للمرض النفسي، وفي تلك الحالات التي يتم فيها التعرف على المخاطر الجينية للمرض النفسي، قد يكون للأبوين أصحاب النظرة المستقبلية الخيار الممكن للعدول عن الولادة، أو أساسًا للعلاجات الجينية.

أعتقد أن القضايا الأخلاقية المطروحة التي تظهر بالتحسين الجيني لها نفس الأهمية مقارنة بتلك المتعلقة بالتحسين الفارماكولوجي النفسي، فلا يزال لدينا بعض الوقت لتهيئة أنفسنا للإجابة عنها، هذا وأعتقد أن ليس هناك شك بأننا نحتاج إلى ذلك، إن لم يكن الآن، في وقت قريب.

(8)

يتعلق الشعور بعدم الارتياح لمسألة الفارماكولوجيا بصفة عامة بعدم الارتياح لتحويل العقل إلى بيولوجيا، فللمخاوف التي ترتكز على أن العقل قد يختزل إلى الدماغ هدف مشروع في مبحث الفارماكولوجيا الإكلينيكية، حيث يتمثل التخوف الرئيسي من الانتقادات الموجهة للطب النفسي ذي النزعة البيولوجية في تجاهل المعاناة، فيشير الفيلسوف مايكل مارتين إلى هذا عندما يذكر أن بعض الكتّاب «يعبِّرون عن قلقهم منأن المقاربات العلاجية للاكتئاب تقوض استكشاف القيم كما لو أن وصف البروزاك لميل قد مثل حجر عثرة لتاريخ الأخلاق» (1999، 280)، وإنه لمن الأهمية بمكان أن نضع جانبًا بعض الكتب التي نشرت منذ ستينات القرن العشرين حيث كثيرًا ما يجد المرء المحللين النفسيين وآخرين يرجحون الموقف المناهض لاستعمال الأدوية للحالات النفسية[1].

وكانت الحجة مفادها أن مثل هذه الأدوية من الممكن أنها تخفض حدة القلق، الاكتئاب، والهواس، وبالتالي التخلص من الدافع المؤلم الذي من شأنه وحده أن يدفع بالمريض إلى كشف الأسباب «الحقيقية» الجوهرية لحظه العاثر، وهذا هو جوهر الحقيقة وهو أن مثل هذا المنظور تفوح منه رائحة تضحية البشر من أجل التجريدات، تشترك الاعتراضات المعاصرة على «إخضاع الاكتئاب للأدوية» في خطأ مماثل، على الرغم من أنها أقل خضوعًا لعقائد معينة. وعلى أية حال، هذا لا يعني أننا يجب أن نذهب بالفكر إلى النقيض المقابل، باستعمال الأدوية بصفة غير تصنيفية بما أننا منشغلون بـ«تحديد المميزات الباثولوجية (المرضية)» كل يوم، ولكن دعونا أولًا أن نشير أن لا أحدًا منا يعبّر عن قلقه إزاء تحديد الخصائص الباثولوجية لكل حالة مس يوميًا أو لكل حالة هواس يوميًا، هذا وتبدو بعض الحالات العقلية باثولوجية بشكل أكثر وضوحًا وغالبًا ما نتوافق على أنها يجب أن تعالج، وأعتقد أن المشكلة الأكبر اليوم، من منظور الصحة العمومية، ليست المبالغة في معالجة الاكتئاب، ولكن النقص في معالجة المس والهواس (مشاهدة

(1) يتناول تقريبًا أي كتاب صادر خلال ستينات القرن العشرين، ومن بين المصادر التي توافقت مع مزاج ذلك العصر بشكل خاص هو سلمان 1966.

عينية لنوبات أفراد مرضى عقليًا يلحقون الأذى بالمارة في أنفاق القطارت في نيويورك)، ويمكن أن أتناول هذه الحالة، على الرغم من أني أيضًا قد أكدت بأن مضادات الاكتئاب تستعمل على الأرجح بشكل تعسفي على مرضى يعانون من الاضطراب ثنائي القطب، الذين قد سيئ تشخيص حالتهم بأنهم يعانون من حالة اكتئاب غير معقدة، إلا أنني أتفق أيضًا مع ما ذهب إليه مارتين وآخرون في شأن مخاطر «الفارماكولوجيا النفسية التجميلية» كما سماها بيتر كرايمر حيث يفيد بأنها الحاجة الماسة إلى استخدام الأدوية النفسية المتعددة المصادر لإحداث تغيير في بعض مواطن الطباع العامة أو طرق العيش التي قد تبدو غير مرغوب فيها من الناحية الاجتماعية والأخلاقية بالنسبة لذواتنا أو الآخرين. ومخافةً أن يطلق علي نعت الكالفيني الفارماكولوجي النفسي (وهذا بالمناسبة ظلم لـ كالفين)، أؤكد أن هناك العديد من المخاطر في مثل هذه الممارسة، بدءًا بسؤال كيف لنا أن نعلم متى نعالج؟

يؤكد مارتين (1999) أن لا المؤسسة الطبية ولا التقاليد الاجتماعية يمكن لها أن تؤسس ما هو صحي وما هو غير صحي، حيث يجب أن يفرض الفرد نوعًا من السلطة الفعَّالة في إصدار مثل هذه التقييمات «بشكل منطقي»، فتتمثل المشكلة في بعض الحالات النفسية، كما نوقش في الفصل (17)، في أن الأشخاص غير قادرين على القيام بتقييمات من هذا القبيل، هذا وقد تعيق بعض الحالات تحديد ما هو صحي للذات حيث يغيب الاستبصار، مثال ذلك هو الاكتئاب الهواسي، وبالإضافة إلى ذلك، يبحث بعض الأشخاص عن التشخيص لكي يحصلوا على تأثيرات فارماكولوجية ممتعة، ونضرب على ذلك مثل من لديهم أعراض نقص الانتباه، غالبًا سيؤولون إلى استعمال الأمفيتامين وهؤلاء الذين يعانون من القلق أو من أعراض الرهاب ليحصلوا على البنزوديازوبينات (التي لها مميزات شبيهة بالكحول).

(9)

إنه لجدير بالذكر كذلك، كما يشير بلدسريني، أن الكثير منا متأثر بـ«رؤية العالم المرتكزة أساسًا على الفارماكولوجيا» (2000، 392)، ففي المجتمع الغربي اليوم، أصبحت للأدوية معان مجازية وآليات بها نفهم حياتنا ونفسرها، حيث هدأ الفاليوم

الحيرة التي سادت في ستينات القرن العشرين، كما حرك بروزاك نزعة التملك في فترة التسعينات، وقد تطلق الفياغرا العنان لنشاط جنسي جديد في هذه الألفية، وبالإضافة إلى ذلك، تخضع هذه الأدوية إلى تحسينات وتنال إعجابًا واسعًا من قبل مؤسسات التصنيع والصناعة الدوائية، والتي تسوق جميعها قيمة هذه الأدوية بشكل مكثف في الأسواق التي تعرف إقبالًا كبيرًا للحشود، وعندما يتخذ المرء هذا العامل بعين الاعتبار، يعجب لمدى فاعلية وتأثر حكم الفرد بتصنيع الرغبات التي يخلقها الإعلان، ومن هناك لقيت هذه الإمكانية نقاشًا في فضاءات أخرى من طرف النقاد الاجتماعيين من أمثال هيربرت ماركوس (1968) وجون كنيث غالبريث (1973)، فهي موجودة اليوم (هذه الإمكانية) حسب رأيي كذلك في الطب النفسي.

وهكذا، على الرغم من أنه من الجذاب أن نفترض نظريًا دور الفرد في تحديد الحدود بين الصحة والمرض، في الممارسة العملية، لا يمنح هذا النهج حق الوصول المميز فحسب، بل يفترض أيضًا العصمة الديكارتية فيما يتعلق بحالاتنا العقلية، وعلاوة على ذلك، نعلم، ابتداء من فرويد وصولًا إلى العلوم المعرفية الحديثة، أن ليس لنا مثل هذه العصمة، غير أننا لا يمكن أن نغض النظر عن صحة التقرير الذاتي للشخص عن الحالة العقلية في وضع معين، فالسند الذي يقدمه الفرد ضروري، إلا أنه مقياس غير كاف لتقويم الصحة والمرض، حيث تعد العلوم الطبية والنواميس الاجتماعية هي الأخرى مقاييس ضرورية، ويمكن أن نخلص بما جاء به مارتن أن جملة التقويمات في خصوص الصحة والمرض ليست «ذاتية بالكامل»، فهذا يعيدنا إلى الحاجة إلى موقف منفتح على قيمة العلوم الطبية في الطب النفسي، وكذلك إلى إحاطة معرفية للجوانب الاجتماعية والسياسية لمختلف وجهات النظر الصادرة عنا حول العالم.

(10)

وخلاصة القول، يمكن أن نستخلص أنه بالرغم من أن مقاربة علاج الاكتئاب في الوقت الحاضر لها مساندة أكبر من مقاربات التحسين في الوسط المعرفي التجريبي الراهن في الطب النفسي، قد يصبح التحسين مناسبًا إذا أصبحت الأدوية

الفعَّالة بالشكل الكافي وغير الضارة أو الطرق الجينية متوفرة، لكننا الآن لسنا عند هذا المستوى ولكن قد نكون كذلك قريبًا.

رغم أن مقاربات التحسين اليوم تبدو أكثر صلة بتغيير سمات الشخصية منه بالتأثير في متلازمات إكلينيكية مثل الاكتئاب، إلا أن مهدئات الاكتئاب السيروتونينية، مثل بروزاك، يبدو لها دور في تغيير سمات الشخصية بشكل أفضل أو أسوأ من المعيار العادي الذي يميز الإنسانية، وعليه، على سبيل المثال، يصبح الشخص الأقل انفتاحًا أكثر انبساطًا، أو الشخص الأكثر قلقًا أو عصبية يصبح أقل قلقًا أو عصبية، وبناء على ذلك، تكون مختلف أنواع التغيرات التي تعرفها الشخصية ظاهرةً بشكل كبير، وبشكل غير متواتر، وتكون مستقلة عن أي آثار على أعراض الاكتئاب في حد ذاتها إن صح القول، وبهذا المعنى، يمكن أن يمثل الخلاف القائم بين العلاج والتحسين التباسًا حول الظاهرة المتأثرة: المرض أو سمة الشخصية[1].

(1) أعتقد أن الاكتشاف الرئيسي الذي قام به بوتر كرايمر يرتبط بتأثير مثبطات إعادة قطب السيروتونين (مثل بروزاك) على الشخصية لتتجاوز تأثيراتها البسيطة على متلازمات الاكتئاب.

الفصل التاسع عشر

الحقيقة وعلم الاحصاء
مشكلات الطب النفسي التجريبي

يرمي كل فرد في الطب أن يتشدق بنتائج تجربته ويستدل فقط بالمعطيات التي تدعمها، ولكن إن يكن الغرض من التجربة هو توفير قاعدة أصيلة وفاصلة لأي منهج أو علاج، عندها يجب أن ينبع ذلك من عدد لا بأس به من المرضى الذين سلطت عليهم الملاحظات بشكل دقيق للغاية، على ضوء تخطيط قويم وثابت، ومكرر لبعض السنوات وفق نفس خط التعامل: يجب أن تسجل كل النتائج المرجوة وغير المرجوة على حد سواء وكل ما يوافقها في العدد، وبعبارة أخرى، يجب أي يرتكز ذلك على تطبيق لنظرية الاحتمالات.

فيليب بينال، 1806م

إن الكثير منا، باعتبارنا أطباء ومواطنين، لديه علاقة متوترة مع علم الإحصاء، فباعتبارنا إكلينيكيين قد لا نفهم أكثر المناهج تعقيدًا، حيث يعتبر التراجع اللوجستي الكبير وتصحيحات بونفروني غريبة بالنسبة لنا كغرابة اللغة الطبية بالنسبة لعلماء الإحصاء، ولعلنا نخشى ألا تترجم الحقائق الإحصائية إلى حقائق إكلينيكية (بنوع من البرهنة، كما سنرى لاحقًا)، وأما باعتبارنا مواطنين، قد نشعر أن الإخصاءات جد باردة إلى درجة أننا لا نؤمن بما لدينا من حقوق تجاهها، فغالبًا ما تكون الاستبيانات على الأساس الإحصائي والمجموعات المراقبة محل انتقادات واسعة في صفوف

الناخبين والسياسيين على حد سواء، مع استثناء غريب، حيث تذكر أقوالهم بجدية وبشكل متواتر من قبل الناخبين والسياسيين.

ومع هذا كله، تظل المناهج الإحصائية في مبحث الطب النفسي جزءًا من الثورة التي قربت هذا المبحث أكثر فأكثر في العقود القليلة الأخيرة من الميادين الطبية الشبيهة به، حيث يغدو الطب النفسي أكثر علميةً، في الوقت الذي ظهرت فيه ثورة الفارماكولوجيا النفسية، فلدينا الآن محاولات إكلينيكية بما يسمى مناهج استعمال الأدوية الغفل (التمويهية) التي تطابق أي دراسة لتداوي مرض القلب أو بحث في علاجات للكلى. وباختصار، يبدو أن الطب النفسي يقبل أخيرًا تلك المعايير العلمية التي يتوقعها الأطباء والمرضى من التخصص الطبي. ومن الناحية العملية، يبدو أن العديد من الأدوية الفعالة الجديدة للعلاج النفسي تجسد نجاح هذه الأساليب.

لهذا التفسير المتفائل لحالة الأشياء الراهنة مبرراته، ولكن تظل بعض الشكوك قائمةً.

(1)

سبق وأشرت إلى أن هناك على المستوى القاعدي الأول حدودًا للمقاربة الموضوعية التجريبية الصرفة للطب النفسي، إذ يعد الطب النفسي مبحثًا يدرس متلازمات ذاتية: العقل والظواهر العقلية والأفكار والمشاعر، فليست هذه الظواهر العقلية خلافًا لذلك عرضةً لتفسير شامل من خلال الرياضيات وعلم الإحصاء والبيولوجيا أو الفيزياء، كما قدمتُ مقترحًا بزوايا نظر ومناهج أخرى يمكن أن تكون ذات إفادة لفهم وتقييم الجوانب المتعلقة بالطب النفسي، والتي لم يقدم لها تفسير من طرف العلوم التجريبية المباشرة، فلا يسعني إلا الإشادة مرة أخرى بآراء ياسبرز التي لعلها تقدم الوصف الأكثر تكاملًا للمنهج العلمي الناقد للطب النفسي الذي يأخذ بعين الاعتبار المقاربات الموضوعية الوصفية، بالإضافة إلى البحث عن المعنى في الظواهر العقلية.

علاوة على ذلك، هناك طريقة أخرى لتأكيد الحاجة إلى وجهات نظر أكثر من

مجرد التجريبية البيولوجية البسيطة في الطب النفسي، وإلى جانب الحدود التي تفرضها طبيعة موضوع البحث (طبيعة مختلف العقول، الأشخاص، المعنى)، هناك حدود لمناهج العلوم التجريبية نفسها، فبالنسبة للطب النفسي، قد يكون المنهج التجريبي الأكثر أهمية الذي يتوجب النقد هو علم الإحصاء، هذا لأن الطب النفسي لا يمكن أن يعتمد على علوم المخبر: حيث لم يوجد سوى عدد قليل من أمراض الدماغ الواضحة، وحالات شذوذ بيو كيميائية، أو حالات خلل فيزيولوجي يمكن أن تظهر بشكل مستمر في الحالات النفسية، وبالإضافة إلى ذلك، يعد جزء كبير من هذا النوع من البحث بحثًا مخبريًا يظل في حاجة، رغم إفادته، إلى أن يرتبط بالأحياء من الناس، أي بالبحث الإكلينيكي، حيث يرتكز هذا الأخير على علم الإحصاء.

يتجلى هذا الاعتماد على علم الإحصاء في البحث النفسي الإكلينيكي بوضوح في الدراسات الفارماكولوجية النفسية، فيرتكز البحث حول الأدوية في الطب النفسي الآن على المناهج الإحصائية للتجارب الإكلينيكية، حيث إن هذا يشير إلى الحاجة إلى مناهج معيارية فعّالة لتقويم ما إذا كان الدواء يثبت فعاليته في حالة معينة أم لا. اتبع مبحث الطب النفسي في النصف الأخير من القرن الماضي خطى كل اختصاص طبي آخر في قبوله للمناهج الإكلينيكية للتجارب في مبحث الفارماكولوجيا، فأحيانًا ما تستخدم مناهج مماثلة لتقويم مدى جدوى العلاجات النفسية، وكذلك تستعمل الإحصاءات في علم النفس التجريبي لتقييم حزمة من النتائج المحتملة للاختبارات النفسية أو نتائج الاستطلاع.

وبناء عليه، يخضع جزء كبير من البحث التجريبي في الطب النفسي إلى التجارب الإكلينيكية وعلم الإحصاء، فكيف تكون هذه المناهج التجريبية محل أمانة ودقة؟

(2)

عندما يسمع شخص ما، عبارة من قبيل «بيَّن العلماء أن...»، قد يعتقد المرء أن كلمة بين تعكس ضربًا من ضروب الاستدلال التجريبي، حيث إن مناهج التجارب الإكلينيكية المناسبة في الطب في أيامنا هذه يعتقد أنها تقدم هكذا إثبات، فيعد منهج التجارب الإكلينيكية الأكثر دقة هو التجربة الاعتباطية مزدوجة التعمية والخاضعة

للتداوي بالأدوية الغفل (التمويهية)، فكلمة **اعتباطية** تعني أن المرضى يستقبلون العلاجات بشكل عشوائي دون سابق اختيار لا من قبل المعالج ولا من قبل المريض، وتعني كلمة **مزدوجة التعمية** أن لا المعالج ولا المريض يعلم نوع الدواء الذي يتناوله المريض، وبالإضافة إلى ذلك، تشير كلمة **الخاضعة للتداوي بالأدوية الغفل** إلى حقيقة بأنه يمكن أن يكون أحد العلاجات غير فعَّال، فمثلًا «مضغوطة من السكر» ليس لها أي تأثير فارماكولوجي على الإطلاق، وعليه، قد يعتقد المرء بأن نتائج مثل هذه التجربة قد تكون حاسمة قاطعة: بافتراض أن أحجام العينات كافية لاكتشاف الاختلاف، حيث من شأن «نعم» أن تعني نعم، ومن شأن «لا» أن تعني لا، كما أن التجربة الإكلينيكية تثبت ما إذا كان الأمر كذلك أم لا، سأبين أن هذا مخالف لذلك، حيث قد لا تزال مناهج التجربة الإكلينيكية الأكثر دقة على خطأ، وأن المناهج التجريبية ذات العلاقة بالبحث الإحصائي بطبيعتها محدودة بسبب حدود الدقة في الحيز الإحصائي..

(3)

إنه لمن الأهمية أن نذكر أن استخدام علم الإحصاء استخدامًا خطيًا في الطب النفسي والطب النفسي هو ظاهرة حديثة، ولا أشاطر الاعتراض الذي عبر عنه الكثير لتقديم المناهج الإحصائية في الطب، ففي كتابه: **العصر المضاد للاكتئاب**، يقدم ديفيد هيلي (1998) وصفًا رائعًا لهذا التاريخ، حيث كان مبدأ الاعتباطية محل سجال يرجع أصله إلى فترة منتصف القرن التاسع عشر، فكان المفهوم يقضي أنه لا يجب منح المرضى الخيار لتناول دواء لأسباب معينة في دراسات البحث، لأن ذلك قد يكون بابًا من أبواب التحيز لتطويع النتائج مع أو ضد خيار معين للعلاج، فقد تختلف النماذج التي تتلقى علاجين اثنين بناء على العديد من المميزات لأن المعالجين قد يختارون استخدام علاج واحد على مجموعة معينة من الأشخاص، والعلاج الآخر على المجموعة الأخرى. فالطريقة الأسهل لفهم هذا الأمر هو التفكير في دواء جديد يمكن أن يعطى لأشخاص حالتهم حرجة جدًا وفق دراسة معينة بالمقارنة مع دواء قديم يمكن أن يعطى لأشخاص حالتهم أقل خطرًا، فقد يكون الدواء القديم أفضل، ليس لأنه أفضل، بل لأن من تناولوه كانوا أكثر احتمالًا

للتجاوب مع العلاج، وبالتالي، يقر مبدأ الاعتباطية بأن عينات المعالجة يجب أن تعطى أحد العلاجين بشكل عشوائي، وبالإضافة إلى ذلك، اعترض العديد من الأطباء في أول الأمر على هذه الفكرة في القرن التاسع عشر، أحيانًا على المستوى التطبيقي مثل الاعتقاد بأن العلاج الاعتباطي قد يخفي الفاعلية الحقيقية في عدد من المرضى ضمن مجموعات فرعية مختارة، ولكن بشكل عام، أصبح مبدأ الاعتباطية خاصية معيارية لأي دراسة للعلاج التجريبي التي تدعي أنها علمية بشكل دقيق، فيذهب الدواء الغفل وازدواجية التعمية إلى جنب، ويمكن القول ها هنا إن قبل اكتشاف البنسيلين في أربعينيات القرن العشرين، لم يكن للطب إلا عدد قليل من العلاجات التي تثبت فاعليتها بحق، وفي واقع الأمر، اعتمد معظم مبحث الطب في القرن التاسع عشر إما على العلاج غير الفارماكولوجي (بمعنى الآثار السيكولوجية لطبيب متعاطف مع الحالة المرضية، فائدة علاجية نفسية)، أو العلاج المثلي (أنصاف جرعات من الدواء التي يمكن أن تلعب دور الأدوية الغفل، دون أن يكون لها أساس كيميائي لفاعليتها)، وبالتالي، لم تترك مزايا وحدود العلاج القائم على أدوية الغفل دون ذكر من قبل الأطباء ذوي الفطنة الذين ينتمون إلى الحقبة ما قبل حداثة، وفي هذا الإطار، قد يستفيد القارئ من الإشارة إلى الحجة الشهيرة لأوليفير واندال هولمز الطبيب الرائع والمؤلف بجامعة بوسطن (والد قاضي المحكمة العليا):

للفرضيات أهمية بالغة في الطب كما في القانون، حيث يكون المتهم بريئًا حتى تثبت إدانته، فلا بد أن يعتقد في دواء ما على أنه مضر، فدائمًا ما يكون مضرًا بشكل مباشر فيما قد يكون في بعض الأحيان نافعًا بشكل غير مباشر، ولو أقيمت هذه الفرضية، لكان علينا ألا نصغي باستمرار إلى الأقاويل القائلة بأن ما نستخلصه من تعاملنا مع الدواء هو ضرر أكثر منه نفع. فالأفيون الذي في الأرض، الخالق هو الذي يهبه لنا، فكثيرًا ما نرى الأفيون (الخشخاش) قرمزي اللون نابت في حقول الذرة، كما لو كان متوقعًا أنه حيثما كان هناك جوع يستدعي سده، لا بد أن يوجد ألم يجب تهدئته، تخلصوا من بعض التفاصيل التي لم يكتشفها فننا، وبالكاد تكون هناك حاجة لتطبيقها؛ تخلصوا من النبيذ، وهو طعام، ومن الأبخرة التي تنتج معجزة التخدير، وأعتقد اعتقادًا راسخًا أنه إذا غرقت المواد الطبية

المستخدمة الآن بأكملها في قاع البحر، سيكون ذلك أفضل للبشر، وكلّ الشر للأسماك... ([1860] 1911، 202 203)[1].

يستحق تأثير هولمز على استخدام المناهج التجريبية نقاشًا مضافًا.

(4)

لا بد أن يكون يوم الثلاثين من أيار/ مايو عام 1860، يومًا مظلمًا ونديًا، مثل سائر أيام الربيع الرطبة التي عرفتها بوسطن في ذلك العام، عندما ألقى أوليفير واندال هولمز رسالة على مسمع زملائه من الأطر الطبية المنتمين إلى الجمعية الطبية بماساتشوستس، ومن المحتمل أن هولمز كان عصبي المزاج في ذلك اليوم حينما قال قولته أعلاه، ويمكن أن أتصور أن الكثير من الحضور كان منشغلًا أكثر بقضايا الساعة الأكثر وقعًا الحرب الأهلية والعبودية والإجهاض والانتخابات الرئاسية الحاسمة من بعض الجرعات التي تبدو غير مؤذية، بيد أن هولمز، الطبيب والكاتب الشهير والبروفسور بمعهد الطب بهارفارد (طغت على شهرته لاحقًا شهرة ابنه قاضي المحكمة العليا) لم يتفوه بتلك الكلمات بمجرد وجهة نظر هامشية، وفي ذلك اليوم، في الجمعية الطبية، قدم محاضرة يفسر فيها الحجة التي تبنَّاها وتمثلت في اختبار طبيعة العلاجات بالأدوية، وكذلك تمثلت الخلاصة التي قدمها في أنه «عدا علاجات معينة» فإن أغلب الأدوية لا قيمة لها، أو بشكل أسوأ ضارة، ولعله قصد استثارة العقول، وأثارت محاضرته بالفعل قدرًا كبيرًا من النقاش فيما يخص الموضوع الذي طال وشغل الناس لفترة طويلة، فلا تزال مقولة هولمز تُقتبَس بشكل غير متواتر على ألسن النقّاد في العديد من المقامات.

كان هولمز رجل عدل، يكن له الأطباء المبتدؤون احترامًا لافتًا، وكان لا يقدم حكمه بشكل سطحي، حيث شعر أن مهنة الطب أفسدها استعمال الأدوية غير المثبتة بشكل كاف والفرط في استعمالها، ولاحق هولمز عام 1860 عالم الفارماكولوجيا

(1) أعرض هذا الموضوع بتفصيل أكثر في كتابي الصيدلة المتعددة في الطب النفسي (2002)، وأدت هذه المقولة بهولمز إلى تناقض كبير مع العديد من زملائه، وهو الذي شعر بأنه من السهل جدًا أن نعارض بشكل كبير أي نوع من الفارماكولوجيا، وظهر هذا التناقض على أعمدة صحف نيويورك في عصره.

بشكل عام دون أن نذكر عالم صناع الأدوية متعددة الاستعمالات.

في الواقع، قد أتردد بالقول بأن الرعاية الصحية قبل خمسينيات القرن العشرين تشمل صناعة الأدوية متعددة الأغراض إذا ما اشتملت على شيء، وهذا سببه هو أن الأطباء نادرًا ما يصفون علاجًا واحدًا لا غير، فهم عادةً ما يصفون أدوية متنوعة في المرة الواحدة، وهذا له أسباب عديدة، ولكن العامل الأساسي قد يكون، كما زعم هولمز، أن معظم الأدوية ليس لها فاعلية، فبالتالي عمد الأطباء إلى استخدام عدة أدوية، آملين أن يستنبطوا المزايا غير الظاهرة حينما تستعمل الأدوية بشكل فردي، فعلق أنطون تشيخوف، الكاتب الروسي الذي مارس الطب طول حياته، ذات مرة بأن لا يرجى من المرض شفاؤه إن استخدمت عدة أدوية، بينما حسب رأي هولمز، فقد امتلك الطب في القرن التاسع عشر أدوية غير فعَّالة، ومع ذلك، يمكن أن يتغلب على المرض، ولكن لا بد أن يثبت أن الأدوية يمكن أن تشفي المرض قبل أن تستخدم.

أصبح فضل أوليفير وندال هولمز واضحًا في الطب الحديث، حيث قاد هو ووليام أوسلر، عملاقا الطب، الميدان بعيدًا عن المقاربة القائمة على الأعراض والعلاج إلى مقاربة اليوم القائمة على المرض والتشخيص، فقد استُخدم ذلك الخطاب الشهير الذي ألقاه هولمز من طرف موظفي هيئة الدواء والغذاء الأميركية في البرهنة على الحاجة إلى التجارب الإكلينيكية في الطب النفسي (يولس 1966، لابر، 2000)، وفي مساعيه الجادة في مواجهة طريقة العلاجات المثلية، فكر هولمز في الحاجة إلى التجارب القائمة على الأدوية الغفل التي اعتبرها أقل أهمية من مقترح يعتمد على المضغوطات الدوائية.

سرعان ما أيقن هولمز أن العلاجات الغفل في الطب، رغم بعض مزاياها، من الصعب أن تكون قد ساهمت في تطوير العلوم، فبالنسبة لهؤلاء أمثاله الذين أملوا أن يجعلوا الطب قائمًا على الطرق العلمية، كان استخدام العلاج التمويهي ضروريًا بالمقارنة مع العلاجات بالدواء بهدف إثبات أن الدواء كان فعَّالًا له تأثير وأن مزاياه فاقت كل ما يمكن له أن يحدث بشكل طبيعي، وبالتالي مزاياه فاقت مخاطره.

(5)

وبناء عليه أصبحت الدراسة القائمة على التداوي بالأدوية الغفل أخيرًا مبررة على الأسس القائلة بأنها الطريقة الوحيدة للمعرفة بشكل قطعي ما إذا للعلاج من نفع وفيم تتمثل الآثار الجانبية لها، حيث إن بعض الباحثين في الطب النفسي ذهبوا إلى أن الأدوية الجديدة يجب أن تقارن بعلاجات ثبتت فعاليتها مسبقًا، ولو كانت الأدوية الجديدة لها نفس الفاعلية مثل العلاجات المثبتة سابقًا، لكانت العوامل الجديدة فعَّالة هي الأخرى، وفي حقيقة الأمر، ثبتت الحاجة إلى استخدام علاج أثبتت فعاليته باعتباره مصدر مقارنة فعَّال عوضًا عن كونه علاجًا تمويهيًا في اتفاقية هلسنكي حول حقوق الإنسان التي وقّعت بعد الحرب العالمية الثانية لحماية حقوق مواضيع البحث (وهي نتيجة ولو بشكل جزئي لتجاوزات الطب النازي في ألمانيا)، فتواصل هذا الجدل، ولكن أخذت هيئة الغذاء والدواء الأميركية جانب العلاج بأدوية الغفل في أواخر السبعينيات من القرن العشرين، مطالبةً بأن تقارن كل العلاجات الجديدة في الطب النفسي بأدوية الغفل عوضًا عن الأدوية الفعَّالة، فالحجة العلمية من وراء هذا الرأي مرتكزة جزئيًا على مشكلة القوة الإحصائية أو حجم العينة، حيث إن القوة الإحصائية تعكس إمكانية دراسة ما لبيان فرق حقيقي، فعلى سبيل المثال، إن تكن قضية الحال تتمثل في أن دواء ما أفضل من دواء آخر، عندها يوجد فرق بالنسبة المئوية يقام عليها الدليل بالمقارنة بين فريقين من المرضى المعالجين بتلك الأدوية، فهذا هو الفرق المراد الوصول إليه من خلال الدراسة، فكلما كان الفرق ضئيلًا، يجب أن يكون حجم العينة أكبر لغرض استنتاج هذا الفرق، بينما كلما كان الفرق كبيرًا، يمكن لحجم العينة أن يكون أصغر ويظل قابلًا لاستنتاج الفرق، وبالتالي، في حال مقارنة دواء جديد بعلاج قديم ومثبت، يمكن للمرء أن يعتقد بأنه إذا لم يتمكن من استخلاص أي فرق، يمكن آنذاك أن يكون الدواءان كلاهما فعَّالًا، وعلى هذا النحو، يمكن أن يكون نفس الاستنتاج حصيلة حجم عينة متناهي الصغر، وإن لم يكن حجم العينة كبيرًا بالشكل الكافي، لا يمكن أن يثبت أن العلاجين مختلفان، حتى وإن ثبت أنهما مختلفان بحجم عينة كبير وكافٍ، (فكر في مثال مقابل، هب أنني أعالج أربعة أشخاص فقط، يتناول

اثنان منهم الدواء «أ» ويتناول الآخران الدواء «ب»، فتشهد حالة أحد هؤلاء بدواء «ب» تحسنًا فيما لم تشهد حالتي الشخصين بدواء «أ» أي تحسن، فإجراء اختبارات إحصائية يكون بعيدًا في مقصده عن إظهار أن هذا الفرق كان ذا أهمية إحصائيًا)، فالمشكلة مماثلة بالنسبة إلى الأدوية الغفل (التمويهية)، فقد لا يختلف دواء عن دواء غفل في تأثيراته، لأن العينة قد تكون صغيرة للغاية، ومع ذلك، فلا بد أن تكون إمكانية مواجهة هذه المشكلة أقل مع العلاجات بالأدوية التمويهية، لأن معدلات التجاوب مع الأدوية الغفل من شأنها أن تكون أقل من العلاجات التي وقع إثبات فعاليتها مسبقًا، وعليه، نحتاج حجم العينة الأصغر لإثبات أن الدواء أفضل من الدواء الغفل عوضًا عن إثبات أن له نفس فاعلية (أو أفضل من) دواء آخر ثابتة فاعليته، وبناء عليه، بالتركيز على أدوية الغفل باعتبارها مصادر مراقبة، تمنت هيئة الغذاء والدواء الأميركية أن تبيد أي شك قاتل في ما إذا يكون غياب الفرق بين دواءين سببه اللا فرق أو سببه حجم العينة الصغير.

إن هذا التأكيد طبعًا على الدراسات القائمة على الأدوية الغفل من طرف هيئة الغذاء والدواء الأميركية سلاح ذو حدين من الناحية الأخلاقية، بما أنه يتعارض أحيانًا مع اتفاقيات هلسنكي، وفضلًا عن ذلك، ومن وجهة نظر الأفراد موضوع البحث، يبدو ذلك أقل تأمينًا وحرصًا عليهم منه عند وصف علاج فعَّال لهم.

(6)

تستحق عبارة أخرى التعريف قبل أن أنتقل للإشارة إلى كيف لهذه التجارب الإكلينيكية الصارمة، رغم كل هذه الحدود الدقيقة، أن تظل خاطئة وبالتالي فهي محدودة في فائدتها باعتبارها منهجًا علميًا لمبحث الطب النفسي، فتلك العبارة هي **الدلالة الإحصائية**، فيتلازم هذا المفهوم مع فكرة القوة الإحصائية حيث إن القوة تعكس حجم العينة والقدرة على بيان الفرق بين مجموعتين، وإذا ما تم استخراج الفرق، باعتبار حجم عينة كبير بالشكل الكافي. فتكشف الخطوة التالية عما إذا كان الفرق حقيقيًا أم لا (على عكس الاعتباطي)، وبالحقيقي يعني أنه ذو دلالة على المستوى الإحصائي، وهو ما يعني أن الفرق لا يمكن له أن يظهر

بمحض الصدفة فقط، ويتمثل التعريف المعيار لهذا المقياس في أن شيئًا ما له دلالة إحصائيًا إذا ما استطاع أن يظهر بالصدفة فقط في أقل من حالة من مجموع عشرين حالة (الاحتمال يكون أقل من 0.05)، وفي لغة الإحصائيات، يرمز الحرفان اح (المرادف الإنكليزي هو P) إلى الاحتمال (probability) حيث يمكن للفرق المستخلص أن يظهر بالصدفة فقط، ويتماشى مع الفرض الصفري (فرض عدم الوجود) ويعني ذلك لا وجود لأي فرق، وبالتالي، على مستوى البحث الإكلينيكي في الطب النفسي، يمكن القول بأن الفرق في التجاوب العلاجي بين الدواء والدواء الغفل له دلالة من الناحية الإحصائية إن يتبع التحليل الإحصائي هذه الخطط، وهو ما يضمن بأن الفرق حقيقي بمعنى أن الدواء فعَّال، ويتوقف هذا العمل برمته على المقولة العامة حينما يقول المرء: «أثبت العلماء أن الدواء «أ» فعَّال لمرض «ب».»

من بين إحدى المشكلات التي تعترض الباحث في خصوص الدلالة الإحصائية هي أنها من غير الضروري أن تترجم إلى دلالة إكلينيكية، وبالتالي، إن يستعمل المرء إحصائيات معقدة، يتسنى له أن يجد طريقة ما حيث يمكن أن تُحلل مجموعة من المعطيات لإيجاد فرق بين علاجين، ويعتبر هذا، وسط الباحثين الإكلينيكيين، (بنفس من السخرية) «عجن المعطيات»، وبالإضافة إلى ذلك، إن يكن للمرء حجم عينة كبير جدًا، لا تزال هناك فروقات جسيمة بالإمكان إظهارها لتفضي إلى دلالة إحصائية، وعليه، وفقًا لمقياس معدل الاكتئاب، على السبيل المثال، حيث يسجل معظم الأشخاص غير الاكتئابيين معدل 0 بينما يمكن أن يسجل أصحاب الاكتئاب المتوسط أو الإكلينيكي معدل 20، فيعد فرق 0.5 في المجمل عديم القيمة إكلينيكيًا، هذا ويمكن أن يخلق حجم عينة كبير بالشكل الكافي فارقًا ما، ولو كان ضئيلًا، ليتطابق مع مقياس الدلالة الإحصائية، وباستخدام مناهج عشوائية أو تقويم عينات كبيرة جدًا، يمكن أن ينتج عنها نتائج عشوائية أو غير مهمة، وهذا سبب آخر لم يجب أن لا يكون المرء راضيًا تمام الرضا عن النماذج الكبيرة مثل الدراسات التي أجريت على عشرات الآلاف من الأشخاص، لأن في مثل هذه النماذج، قد يكون أي شيء أو كل شيء ذا دلالة إحصائيًا ولكنه في الحقيقة لا معنى له.

(7)

ابتكر علماء الإحصاء طرقًا للحد من هذه المشكلات، فتعد إحدى هذه المقاربات، التي لا تزال محل جدل، استعمال المناهج المنسوبة إلى باي، حيث تتمثل إحدى التفسيرات حسب علم الإحصاء لباي في الفكرة الرامية إلى أن دراسة واحدة غير دقيقة، فالمرء دائمًا ما يحتاج إلى موازنة نتائج دراسة بالإخفاق التي انتهت إليه الدراسات الأخرى، فهذا حدس مهم يضيع فيه عامة الناس والأطباء والمتعصبون إلى علم الإحصاء على حد سواء، وأعتقد أن استعمال مناهج باي قد يصبح أكثر استعمالًا ومفهومًا بشكل أفضل في البحث الطبي في المستقبل[1]، ولكن في الأثناء، يركز مجمع البحوث الطبية على مقاربات أخرى تتعامل مع حدود علم الإحصاء النمطي.

لعل وجهة النظر الرئيسية اليوم هي تأكيد ضرورة التجارب الطبية الاعتباطية، فالمتعارف على هذه التجارب أنها تتوقع، قبل الشروع في الدراسة، طبيعة التحاليل الإحصائية بعينها التي سيتم استخدامها لغاية تجنّب الاجتذاب إلى عجن المعطيات في «ما بعد» (بعد الحقيقة)، وبالإضافة إلى ذلك، يحتاج الباحثون، قبل الدراسة، إلى الإشراف على قوة (هيئة) تحليل بالاستناد إلى معلومات توجيهية متوفرة، مبينين قدر الفرق المزمع استنتاجه ومظهرين أن أحجام العينات تمثل الحجم الصحيح لتبيان هكذا فرق (لا بالصغير جدًا ولا بالكبير جدًا).

فلنسلم جدلًا أن هذه التحذيرات في محلها، فسنسعى إلى إجراء تجربة إكلينيكية عشوائية أساسها ازدواجية التعمية وأدوية الغفل، واخترنا، قبل بداية الدراسة، عمل تحليل إحصائي مخصوص على مقياس المعدلات لدواء جديد مقارنةً بدواء تمويهي، فأشرفنا على قوة تحليلية وبيّنا أن عينتين بحجم معين (لنقل ثمانون مريضًا لكل واحدة) يفيان بالغرض لاستخلاص الفرق الحامل للمعنى إكلينيكيًا والذي قدمه البحث الأخير (فتسجل نسبة 20 في المئة فرق في مقياس

(1) هذه مسألة مهمة قلما تفهم في الطب النفسي، لذا تعد سلسلة من المقالات مرجعًا جيدًا يعرض الصلة الوثيقة لمناهج باي بالبحث والتطبيق الطبي (جودمان 1999 بجزئيه)، وهذه التفاسير يمكن تطبيقها هي الأخرى على الطب النفسي.

معدل الاكتئاب بين الفريقين)، وقد يذهب الاعتقاد بالمرء إلى أن أتباع المقاربة التجريبية الصرف للطب النفسي قد يمنُّون النفس بالقول بأنه لو أظهرت الدراسة تفوق الدواء على الدواء الغفل، فإنها تكون قد أثبتت أن الدواء متفوق على الدواء الغفل، والعكس بالعكس.

ومع ذلك، ليس هذا ما هو عليه الحال، وعلى مستوى معين، قد يعترف التجريبيون أنفسهم أن الأشياء ليست بهذه البساطة، ويمكن لمثل هذه التجارب الإكلينيكية الدقيقة أن تفشل لمجموعة من الأسباب، فأحد هذه الأسباب يتمثل في أنه بالرغم من أن الأشخاص وقع عليهم الاختيار للدراسة بصفة عشوائية، تعكس حالتهم الصحية تدهورًا كبيرًا بحيث لا يمكن لأي علاج أن يثبت فاعليته، أو أنهم في حالة صحية غير حادة بالشكل الكافي وعليه قد يثبت الدواء الغفل فاعليته العالية جدًا، والسيناريو الأخير أكثر تواترًا بما أن دراسات البحث تحتاج إلى موافقة مستنيرة، وهذا خصيصًا يشكل مشكلة بالنسبة للأمراض الحرجة مثل الفصام والمس الحاد وهي في غالب الأحيان تربك قدرة الأشخاص على الإتيان بالأحكام. وحين اختيار الأشخاص بدقة بحيث أنهم يفقهون مخاطر الدراسة ومزاياها، وبالتالي يكونون قادرين على التعبير عن رضا كامل، فإنه يُقصى من يعاني من حالة مرضية حرجة، وعلاوة على ذلك، بسبب تقلبات اختيار العينات، قد تنتهي أي تجربة إكلينيكية بالفشل في إيجاد الدواء الفعَّال، على الرغم من إنه قد يكون الدواء فعَّالًا بشكل جيد، وبالإضافة إلى ذلك، لأمراض معينة معدلات تجاوب عالية لأدوية الغفل: فبالنسبة لاضطرابات القلق، يمكن أن يكون التجاوب مع أدوية الغفل في حدود 50 في المئة، وبالنسبة للاكتئاب، تكون النسبة حوالي 40 في المئة، فلا بد أن تكون الأدوية فعَّالة بنسبة 20 في المئة أكثر من الأدوية الغفل حيث تبين أنها أفضل لكونها ذات دلالة إحصائيًا (في حجم عينة عادي يتراوح العدد فيه بين مئة إلى مئتي مريض)، وعليه، إذا أظهرت عينة معينة استجابة أفضل بشكل طفيف لسبب من الأسباب من تجاوب دواء الغفل وفقًا لدراسة معينة، فلا يمكن للدواء أن يتميز عن دواء الغفل، ولا بد من الإشارة إلى أن العديد من الباحثين يعتقدون أن التجاوب مع دواء الغفل في التجارب الإكلينيكية مرتفع أكثر من أن العالم

الحقيقي للممارسة الإكلينيكية، ويمكن أن يحدث هذا لعدد من الأسباب، حيث إن المرضى يُعطَون أجرًا بصفة متواترة على مشاركتهم في التجارب الإكلينيكية، كحافز لهم للبقاء ولعل ذلك يكون عاملًا لجعل المرضى يشعرون بحالة أفضل، ويحظى مرضى الأبحاث باهتمام كبير من فريق البحث، وغالبًا ما يكون اهتمامًا أكبر مما يتلقونه من الطاقم السريري في الممارسة السريرية غير البحثية. ويرجع السبب جزئيًا إلى أن فرق البحث تعتمد على معالجة مرضى البحث من أجل دخلهم، حيث إنهم يعالجون عددًا من مرضى الأبحاث أقل بكثير ممن يعالجونهم في البيئات الإكلينيكية القياسية، وبناء عليه، يقضون قدرًا كبيرًا من الوقت والجهد في التأكد من رضا مرضاهم بالبحث على نوعية العلاجات المقدمة في ظروف البحث، وعلاوة على هذه العوامل المادية، عندما تستخدم أدوية الغفل والأدوية التمويهية القائمة على ازدواجية التعمية، على الباحثين احترام الضوابط الأخلاقية والقانونية لتتبع حالات المرضى بدقة، وعليه، يتقابل الباحثون مع المرضى بشكل أكثر تواترًا ويفحصون بتمعن حالاتهم الإكلينيكية بأكثر تفصيل من حالة الممارسة الإكلينيكية العادية، وكل هذه العوامل من شأنها أن ترفع من معدل تجاوب أدوية الغفل في التجارب الإكلينيكية.

وبتقديم هذه الصورة، إنه لمن المتعارف عليه وسط علماء الإحصاء والباحثين أنه أية تجربة إكلينيكية يمكن أن تفشل في إيجاد الفارق بين الدواء والدواء التمويهي حتى عند إمكانية وجود مثل هذا الفرق، وهذا جزء من السبب لِم تطلب هيئة الغذاء والدواء الأميركية تقديم دراستين قائمتين على أساس أدوية الغفل تبين أن دواء مستخدمًا لعلاج الأمراض النفسية على أنه فعَّال، دون تحديد عدد هذه الدراسات التي يمكن أن تكون قد خضعت للتجربة ولكنها أضفت إلى نتائج سلبية، ويتكرر بشكل متواتر بأن مضاد اكتئاب معين سيحدد من قبل هيئة الغذاء والدواء الأميركية باعتباره فعَّالًا في معالجة الاكتئاب بالاعتماد على دراستين إيجابيتين رغم وجود دراسات أخرى قائمة على الأدوية الغفل لا تظهر فاعلية تذكر (عدد آخر من الدراسات نتائجها سلبية تتراوح بين أربع وثماني دراسات).

(8)

وبناء على هذا كله، يمكن أن تكون التجارب الإكلينيكية الاعتباطية على خطأ حينما تفشل في إيجادها لفارق بين علاجين أو بين دواء ودواء تمويهي، ولعدة أسباب، يمكن أن تكون دراسة سلبية (مثلًا دراسة تنتهي إلى أن دواء ما لا يمكن أن يظهر على أنه فعَّال بالمقارنة مع دواء الغفل) خاطئة، ولكن يبدو على الأقل أن دراسة إيجابية وهي الدراسة التي تقر بأن دواء ما فعَّال من المحتمل أن تكون صحيحة، وهذا هو الأمر في الدراسة القائمة على الأدوية الغفل، بيد أن في التجربة الإكلينيكية التي تقارن بين نوعين مختلفين من الأدوية (دون الدواء التمويهي)، تكون القناعات من الأمر اليقيني غير ثابتة بشكل جيد.

وهنا نصبح في الطبقة التالية من المشكلة، حيث إنه حتى وإن أثبت المرء التخطيط العشوائي وازدواجية التعمية مع وجود عينة كبيرة بما فيه الكفاية، ووجد نتيجة إيجابية بين علاجين على أساس تحليل قياس المعدلات المحدد مسبقًا، قد يظل هذا الفارق غير حقيقي، فالمشكلة تكمن في الحقيقة القائلة بأن المرء يمكن أن يضع أسس التجربة الإكلينيكية الاعتباطية بطريقة تكون لصالح علاج واحد، بينما تكون على حساب الآخر، وعلى سبيل المثال، يمكن أن تُقرَّر جرعة دواء على أساس جرعة مثبتة فعاليتها، بينما قد تحدد جرعة دواء آخر بأقل نوعًا ما من الجرعة المثبتة فاعليتها. ويعدّ هذا الضرب من التفكير في تخطيط التجربة الإكلينيكية أحيانًا مشكلة تتعلق بالدراسات التي تنظمها شركة مصنعة للدواء تبحث عن التفوق على منافسها، ولسوء الحظ يجري التسويق لهذه المقاربة تحت قناع البحث، ولا تخدم بشيء سوى أنها تربك علماء الإحصاء والمرضى حيث يصبح الكثير منهم كثير الشك والريبة حول البحث القائم تحت رعاية شركات مصنّعة للدواء.

(9)

إن مشكلة البحث المنظم من طرف شركة مصنِّعة للدواء موضوع مهم، حيث إن ديفيد هيلي قد ناقش دور الصناعة الدوائية في البحث والممارسة الإكلينيكية، ففي هذا الفصل، أود أن أركز على مسألة مصداقية البحث المنظم تحت رعاية

شركات الأدوية، وغالبًا ما أجد أن مثل هذا البحث يقابل بقدر كبير من الارتياب خاصة من قبل المقيمين النفسيين، بالإضافة إلى الأطباء الممارسين، فتجربتي تفيد بأن الأكثر ريبة هم ذوو تجربة قليلة في ميدان البحث، ولا أعتقد أن هذا من محض الصدفة، فالمشكلة واضحة جلية، فأغلب الدراسات الصادرة هي لفائدة الشركة الراعية على تصنيع الدواء. وتشير النتيجة إلى أن مثل هذا البحث متحيز، وبالتالي، يستخلص العديد من الإكلينيكيين بأنهم سيتجاهلون هكذا نوع من الأبحاث.

ولكن رغم ما سقته من تعليقات أعلاه، أعتبر أن مثل هذا الشك الذي يشوبه غلو خطأ جسيم، إنه دائمًا ما يكون انعكاسًا لدرجة معينة من الجهل عن البحث، وانتهيت إلى أن العديد من هؤلاء الإكلينيكيين يريدون أن يقرؤوا النتائج التي توصلت إليها الدراسة وتصديقها، فيعتبر هذا الموقف إلى حد ما لا مفر منه، ويعد جزء من عمل الصحف العلمية والمحررين العلميين التخلص من الدراسات غير العلمية الطفيلية أو النتائج المحللَة بشكل هزيل، ولكنه يظل عملًا جزئيًا، وإنه كذلك لمن الضروري أن يكون الإكلينيكيون قادرين على فهم دراسات البحث وتحليلاتها المنشورة في الصحف العلمية. ويعدّ قراءة ملحق النتائج أمرًا غير كاف، وغالبًا فالدراسات المختلفة تختلف في نتائجها، وعند رعاية الدراسات من قبل شركات مصنعة للدواء، وتماشي النتائج المختلفة مع أغراض الشركة الراعية، سيكون عندها الإكلينيكي السؤول عن قراءة النتائج في حيرة من أمره، وبالفعل، يبدو أنه لا يمتلك خيارًا سوى تجاهل كل هذه الدراسات، ومع ذلك، لا يعكس هذا ضرورةً الطرق الخبيثة التي تتبعها الشركات المصنّعة للأدوية، ولكنه يعكس حالة المعرفة العلمية المأسوف عليها التي يعاني منها العديد من الإكلينيكيين.

ليست كل الدراسات على نفس الدرجة من الخطأ، وهناك العديد من الأسباب لماذا يمكن أن تكون دراسة معينة لموضوع ما إيجابية وأخرى سلبية، بشكل غير ذي صلة بالراعي الممول للدراسات، وإنه لمن الأهمية بالنسبة للإكلينيكيين أن يكونوا قادرين على تفسير مثل هذه الدراسات والحكم عليها وفق منطقهم الخاص المرتكز على معرفة إحصائية بسيطة من قبيل تلك التي ذكرناها في هذا الفصل.

فالحقيقة تكمن في أن الظهور الجلي للانحياز في الدراسات الممولة من

طرف مصنع للأدوية، غير مباشر، حيث يظهر هكذا بحث في هيئتين أساسيتين، ففي الهيئة الأولى، يخطط الباحث الأكاديمي للدراسة ويديرها، بتمويل أو دون تمويل من مصنع للدواء، أما في الهيئة الثانية، فتخطط للدراسة الشركة المصنّعة للدواء، وتؤجر العديد من الباحثين للعمل عليها، وبالنسبة للنوع الأول (يطلق عليها اسم الدراسات القائمة على الباحثين)، تكون المعطيات تحت سيطرة الباحثين، حيث إن معظم الجامعات لها علاقات مع الشركات المصنّعة للدواء، وتفتح مجالًا أمام الباحثين فقط لتحليل المعطيات وإصدارها، أما بالنسبة للنوع الثاني، عادةً عبارة عن تجارب إكلينيكية ضخمة وموزعة على عدة مراكز مصممة لغرض التسليم إلى هيئة الغذاء والدواء الأميركية، وتكون المعطيات تحت سيطرة الشركات المصنّعة للدواء التي تحللها وتصدرها، وعلاوة على ذلك، يوجد سيناريوان اثنان في الدراسات القائمة على الباحثين، فالدراسة قد لا تكون ممولة بدايةً من أي مصدر تمويل، وإن تكن النتائج في صالح الشركة، يمكن للشركة أن تساعد الباحث في تقديم النتائج في لقاءات البحث، بالإضافة إلى تحليل المعطيات وإصدارها، وحينما تنشر الدراسة، تكون إيجابية ويعلن بأنها مدعومة من قبل شركة مصنّعة للدواء (حتى وإن لم تموَّل في بداية البحث من مصدر ما)، أما بالنسبة للسيناريو الثاني للدراسة القائمة على الباحثين، يتم تمويل الدراسة منذ البداية من طرف شركة مصنّعة للدواء، وسواء كانت نتيجة الدراسة إيجابية أو سلبية، تُصدر النتائج على أساس كونها مدعومة من قبل الشركة المصنّعة للأدوية، وخلافًا لذلك، إن تكن النتائج إيجابية في التجارب الإكلينيكية الموسعة على عدة مراكز بحوث، تتكفل الشركة المصنِّعة للدواء بنشرها، ولكن إن تكن النتائج سلبية، كما أشرت إلى ذلك أعلاه، قد تتجاهل الشركة المصنِّعة للدواء تلك النتائج، ولن تُقدَّم في لقاء البحث أبدًا، ولن تُنشر.

بناء على ذلك، ونظرًا للانطباع بأن كل الدراسات التي تشرف عليها الشركات المصنعة للدواء هي إيجابية بالنسبة لتلك الشركات، فليس الأمر أن هذه النتيجة صادرة عن مناهج متحيزة، ولكن بالأحرى، يرجع ذلك إلى الطمس منظم للدراسات السلبية (باستثناء تلك التي أشرف عليها باحثون أكاديميون في إطار الدراسات

القائمة على الباحثين)، فالباحثون لا يعجنون المعطيات لجعلها إيجابية، لكن فقط لن تنشر المعطيات السلبية أبدًا، وقد يكون الباحثون الأكاديميون أنفسهم في مأزق لإقناع المحررين وزملائهم المقررين في الصحف العلمية لنشر تلك الدراسات السلبية، فهذا تحيز معروف في البحث، فالدراسات السلبية أقل أهمية وحظًا للنشر، وكل هذه العوامل تساهم في طمس (إلغاء) الدراسات السلبية، وفي ظهور الانطباع بأن الدراسات الممولة من قبل الشركات المصنعة للدواء إيجابية بشكل أساسي لفائدة الشركة الحاضنة.

ومع هذا كله، لا يعرف الإكلينيكيون الذين لم يشاركوا بالبحث إلا القليل عن هذه العملية، فبالنسبة لهم، يبدو أنه من السهل تجاهل كل هذه الدراسات، ومع ذلك، هناك العديد من الدراسات الجيدة بمعطيات مهمة، سواء كانت ممولة من قبل الشركات المصنعة للدواء أو مدعومة بشكل ما من طرف تلك الشركات، فللأسف، عادةً ما يكون هؤلاء الإكلينيكيون غير مدركين لهذه الدراسات المهمة والقيمة علميًا.

لا يوجد جواب مباشر هنا، فمن الجهل ببساطة أن نرفض الدراسات الممولة من مصادر مصنعة للدواء لكونها متحيزة، ومن السذاجة كذلك أن نقبل بها جميعها بما أن العملية تتأثر بالعوامل الاقتصادية التي تفرضها السوق الحرة، فيجب على الإكلينيكيين والمرضى أن يكونوا نوعًا ما على دراية بما يتعلق بالبحث وعلم الإحصاء كحاجتهم بأن يكونوا على علم بالعلامات والأعراض الإكلينيكية، فليس الطب النفسي التجريبي مثاليًا ولكن لديه نقاط قوة تميزه، ولا يمكن تجاهله أو الحط من قيمته، ببساطة لأنه مبحث دقيق.

الفصل العشرون

فضاء الموقف
ما الذي تبقًى من علم النفس التحليلي

لا ريب أن النشاط الرئيسي لمعالجة أنواع العصاب سيُتناول عبر وسائل تقدمها الاكتشافات الجديدة لمنطقة الإفرازات الداخلية، أسمع خطى علم الغدد الصمَّاء تتبعنا وستحل علينا وتسيطر على مدار بحثنا، بيد أن علم النفس التحليلي سيظل ذا إفادة جمة، وسيكون علم الغدد الصمَّاء بمثابة عملاق أعمى لا يدري أين يتجه، وسيكون التحليل النفسي القزم من يقوده إلى الاتجاهات الصحيحة.

سيغموند فرويد

اقترن الطب النفسي في خيال عامة الناس بـ سيغموند فرويد، وقد يبدو غريبًا أنني تجنبت نقاشًا طويلًا حول عمل فرويد إلى حدود هذه اللحظة، ويرجع هذا إلى أن المفيد من عمل فرويد حسب رأيي يحتاج إلى وضعه في سياق الفصول السابقة.

من المعروف عن و.هـ. أودن أنه استنتج أن مذهب الفرويدية لم يكن مجرد نظرية، بل أصبح فضاء لطرح المواقف، وأقول رغم أن هذا الأمر قد يظل تساؤلًا إلى حد ما في الثقافة العامة، إلا أنه لم يعد كذلك في الطب النفسي بصفة خاصة، ولم يحذف التحليل النفسي باعتباره غير ذي صلة ويستبدل بعلوم الأعصاب، بل ظلت العديد من الأفكار المشتقة من فرويد محور بحث في الطب النفسي، ولكن ليس كما طرحها فرويد، ففي هذا الفصل، سأقيِّم ما تبقى حيًا وما ذهب طي النسيان في مجموعة أعمال فرويد من منظور الطب النفسي الإكلينيكي.

(1)

ما الذي ذهب طي النسيان في المذهب الفرويدي؟ الجنسانية في فترة الطفولة، تفسير الأحلام، عقدة أوديب، عقدة الكترا، التنفيس، شهوة إيروس، غريزة الموت، التأثيرات الثقافية لإتيان المحارم، عصاب الدين، النشوء الجيني للمرض النفسي في أغلب الحالات كنتيجة للمشكلات العائلية في الطفولة، وعدد لا يحصى من آليات الـ«هو» و«الأنـا» و«الأنـا الأعلى» باعتبارها تتصارع من أجل روح الإنسان، وبعبارة أخرى، تظهر أساسًا معظم تأملات الإنسان الراقي الأكثر إبداعًا مفاهيم رائعة عند ولادتها، مجرد عقائد في أيدي التلاميذ خاطئة أو أسوأ من ذلك خارج الموضوع.

ما الذي تبقّى في الذاكرة من المذهب الفرويدي؟ التحويل، التحويل المقابل، آليات الدفاع، مفهوم الحالات العقلية اللاواعية، الطبيعة اللا منطقية للسلوك البشري في جزء كبير منه، أهمية الرغبة الجنسية في حياة الإنسان، جدوى الإصغاء دون الحكم على الأشياء، أهمية الصدمات النفسية في مرحلة الطفولة في بعض الاضطرابات النفسية[1].

يمكن أن نرى من خلال هذه اللائحة أن الطب النفسي اليوم ينتهي أخيرًا إلى تقييم انتقادي لأفكار فرويد، فلم تعد كلمته مكتوبة بحروف من ذهب، لكن أفكاره ببساطة لم تكن خاطئة.

---

(1) سيتعرض مؤيدو فرويد ومعارضوه بلا شك إلى هذه اللائحة اعتمادًا على اختياراتهم، وتجدر الإشارة إلى أن العديد من الجوانب الخاصة بفكر التحليل النفسي مثل التحويل الارتدادي وآليات الدفاع ليست أفكارًا منسوبة إلى فرويد نفسه، ولكنها بالأحرى تطورات ما بعد الآراء التي قدمها فرويد، المنتمية إلى أتباعه في «علم نفس الأنا» وهو فرع تابع لعلم النفس، ومن بين هؤلاء نجد خاصة آنا فرويد والمدرسة التحليلية المتفرعة عن الأصل والتي تركز على «علاقات ما هو موضوعي» ونجد من أتباع هذا الفرع ميلاني كلاين، ود.و. ونيكوت وأتو كرنبورغ، وإضافة إلى ذلك، عندما أستعمل كلمة فرويدي، أقصد باستخدامها التطور الكامل الذي عرفه التحليل النفسي أكثر منه الآراء الخاصة والمختصرة على فرويد، وأقوم بذلك لأنني أعتقد أن اللفظ ما ينفك يحمل هذا المعنى لدى الرأي العام وعند الأكاديميين غير المتخصصين.

(2)

فلنلقي نظرة على بعض من مفاهيمه الأكثر إفادة، فخير ما نبدأ به هو التحويل، وقصد فرويد بالتحويل وصف العلاقات الشعورية الخاصة التي تظهر بين المعالج النفسي والمريض، ففي نظر فرويد، تحتوي هذه العلاقة على ارتباطات شعورية غير واعية موجهة إلى الأبوين، وبعبارة أخرى، ينظر المريض بشكل غير واعي إلى المعالج كأبويه، ويشعر بمشاعر تجاهه كتلك التي تظهر إزاء أبويه، حيث يحصل التعبير عن هذه المشاعر، والتي عادةً ما تكون جنسية أو عنيفة (أو كلاهما) في العلاج النفسي، وبالإضافة إلى ذلك، درَّس فرويد المعالجين لكي يكونوا على استعداد لمشاعر التحويل هذه والاستفادة منها، وبالرغم من أنه اعتبر بدايةً هذه الارتدادات الشعورية غير العادية عند مرضاه كمشكلات، لكنه استفاد منها في وقت لاحق كوسيلة للدفع بعلم التحليل النفسي إلى الأمام، وفي واقع الأمر، انتهى إلى الاعتقاد بأن علاقة التحويل كانت مفتاحًا للعلاج الناجح، وهذا يرجع سببه إلى مشكلة المقاومة. وتعني عدم أهلية المريض لتقبل التفاسير التي يقدمها المعالج، فتصارع فرويد مع هذه المشكلة لمدة طويلة، ويبدو أنه من الواضح بالنسبة له أن ارتباطات المريض والمشاعر اللاواعية يمكن شرحها عبر تفسير معين، ولكن حينما يقدم فرويد مثل هذه التفاسير، يعبر المرضى صراحةً عن رفضهم، أو حتى أدهى من ذلك، من شأنهم أن يتقبلوها ولكن يستمر امتلاكهم لنفس الأعراض أو المشكلات التي قادتهم إلى العلاج، وبالتالي، لم يكن للقبول المعرفي أو العقلي بالتفسير التحليلي النفسي القوة الكافية للتخلص من الأعراض الشعورية أو تغيير المشكلات السلوكية، وبالإضافة إلى ذلك، استنتج فرويد أنه احتاج إلى الاستنجاد بقوى شعورية أخرى من النفس التابعة للمريض، وفي الأخير دعا إلى الاعتماد على علاقة التحويل للقيام بهذا العمل، وتحت تأثير مشاعر التحويل، أمكن للمرضى أن يفهموا التفاسير التحليلية النفسية وتجربتها في الأوقات المناسبة، وبالكيفية الملائمة خلال العلاج النفسي، وعندها فقط تكون التفاسير فعَّالة.

وعلى هذا النحو وصل فرويد إلى فهمه للتحويل، فالآراء المخصوصة التي يمتلكها تجاه دور التحويل في الارتقاء بمستوى العلاج النفسي أقل وثاقة هنا من

المفهوم العام نفسه، ويبدو من الأهمية والدقة إكلينيكيًا أن نشير إلى أن المرضى يبدو أن لهم في غالب الأحيان مشاعر لا واعية إزاء معالجيهم النفسيين أو أطبائهم حيث غالبًا ما تبدو هذه المشاعر جنسية أو اندفاعية، ويعد إدراك مشاعر التحويل بطبيعتها كانعكاسات لعادات المريض وأمنياته جزءًا مهمًا في العلاج النفسي، وعندما لا تُدرَك مثل هذه المشاعر بشكل مناسب، قد يسيئ الأطباء والمعالجون تفسير مشاعر التحويل ويعتبرونها مشاعر ناضجة، وهذا قد يفسر بعض حالات استغلال المرضى لأغراض جنسية، وكذلك حالات فشل العلاج بسبب الصراع النفسي بين المريض والطبيب.

ويؤدي حديثنا هذا إلى مفهوم تحليلي نفسي مفيد ألا وهو التحويل المقابل حيث يبحث فرويد هذا المفهوم بشكل موجز فقط، لكن المحللين النفسيين ألقوا الضوء عليه بعد ذلك، هذا وكما يأتي المريض بمشاعر لا واعية للعلاقة التي ينسجها العلاج كذلك يحصل للمعالج، فيعكس التحويل المقابل، المشاعر اللاواعية التي يعيشها المعالج على ضوء علاقاته التي عاشها في الماضي، ولكنها موجهة للمريض، وتكون هذه المشاعر جنسية أو اندفاعية بشكل متواتر، وعلاوة على ذلك، يبرز المحلل النفسي أتو كرنبورغ (1975، 1976) حضور «كره التحويل المقابل» في علاج المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية، وبعبارة أخرى، غالبًا ما يبغض الأطباء والمعالجون هؤلاء المرضى، أو تكون لديهم مشاعر عنيفة تجاههم. أتذكر شخصيًا إحساسي بهذه المشاعر خلال فترة تدريبي باعتباري طبيبًا نفسيًا مقيمًا، وأتذكر بدايةً الشعور بالذنب بشكل كبير: كيف لي أن أبغض هذا المريض؟ لقد علمت أنه قد عانى في الماضي على مستويات عدة، وكان علي مساعدته، كنت بصدد التدريب لغرض مساعدته، وكنت أنتفع بمبلغ من أجل مساعدته، ومع ذلك، لم أكن أرغب في القيام بذلك، وفي الكثير من الأحيان، كانت مشاعر التحويل العكسي مسبوقة بمشاعر انتقال مماثلة: عندما للكاد التقيت بمريض معين، بدا أنه يكرهني مسبقًا، وكان هذا الأمر بمثابة صدمة في البداية، ولكن انتهيت إلى أن فهم التحويل والتحويل المقابل ساعدني في إضفاء معنى على هذه المشاعر الملتبسة.

(3)

تعتبر مشكلة إثبات النظريات التحليلية النفسية تجريبيًا أحد أكثر الجوانب صعوبة في التحليل النفسي. ويعد العمل على مسألة آليات الدفاع من قبل الطبيب النفسي جورج فالنت (فالنت وبوند وفالنت 1989) خير مثال على البحث التجريبي المتعلق بالأفكار التحليلية النفسية، وفي هذا الشأن، بين فالنت أن الآليات الأكثر «تطورًا»، مثل الإيثار والتسامي، ارتبطت بمؤشرات «النجاح» في الحياة، فكان النجاح أداة للعيش باعتباره يعكس زواجًا مستقرًا على المدى الطويل ويعتبر مصدر رضا لكلا الشريكين وينتج عنه مسيرة عمل بنَّاءة باتفاق الجميع، ويعدّ عمل فالنت ومساعديه واحدًا من الدراسات الموسعة والمنتظرة والتجريبية القليلة التي مثلت حصيلة عمل حول الأفكار التحليلية النفسية، والوارد أن المحللين النفسيين في الممارسة الإكلينيكية اليومية يجدون مفهوم آليات الدفاع لفرويد معينًا لهم، على سبيل المثال، لا يبدو المرضى أحيانًا واعين بنماذج السلوك الواضحة الجلية للآخرين آخذين بعين الاعتبار آليات الدفاع المرتبطة بالإنكار، ينسب المرضى الآخرون إلى الآخرين مشاعرهم التي يمتلكونها، مما يجعل آلية الدفاع في الإسقاط (إسقاط المشاعر على الآخرين) تبدو ذات صلة وثيقة بتلك المشاعر.

يكمن وراء مفهوم الآليات الدفاعية مفهوم العمليات الذهنية اللاواعية، فالمرء ليس بحاجة إلى أن يتقبل كل ما يهم نظريات فرويد حول الحالات العقلية لإدراك تطبيقية مفهوم الحياة العقلية اللاواعية، كما لا يحتاج المرء إلى تقبل آراء فرويد في خصوص الطبيعة الحقيقية للحياة العقلية اللاواعية لإدراك أن مثل هذه المشاعر اللاواعية يمكن أن توجد، فالحقيقة الدنيا التي يمكن الانتباه إليها هي أن المرء يمكنه القول بأن ما يقبل به الطب النفسي الحديث من فرويد أنه ليست جميع المشاعر والأفكار واعية، ويعني ذلك، وجود معظم الأنشطة العقلية على مستوى دون مستوى الوعي السطحي، ومع ذلك، يتملك بعض الأشخاص الشك في وجود العمليات العقلية اللاواعية بدعوى أنه من الصعب إثباتها تجريبيًا، ولكن بالإمكان الرجوع للبحث في علم نفس الأعصاب للتثبت من ذلك تجريبيًا، حيث إن تلك الدراسات تبين أن الذاكرة والأنشطة العقلية الأخرى تظهر بصفة متواترة

دون الإدراك الواعي (كاندل 1999). هذا ولا يدعم هذا الدليل النفسي العصبي بشكل دقيق الأفكار الفرويدية فيما يخص مضمون العمليات اللاواعية، لأن فرويد أقر بأن تلك الجوانب اللاواعية بالأساس للحياة العقلية كانت تشوبها سمة جنسية بشكل مخصوص، وعلاوة على ذلك، لا تظهر الدراسات التجريبية في علم نفس الأعصاب أن هذا هو واقع الحال كما لا تكذبها، ومع ذلك، يبدو أمر وجود عمليات عقلية دون مستوى الإدراك الواعي، أعني العمليات العقلية اللاواعية، مجرد تحصيل حاصل، وعليه، يمكن الثناء على ما قدم فرويد من نقاش بشكل واضح لهذه الحقيقة.

يتمثل الجانب الآخر لنظريات فرويد المسلم بها اليوم في الفكرة القائلة بأن الكثير من الحياة البشرية لا يعمل على مستوى العقل لوحده، ويعني ذلك أن الجوانب اللا معقولة للبشرية تشكل جزءًا مهمًا لعلم النفس والثقافة والتاريخ، فالمقولة الرائجة بأن الكثير من الجوانب المتعلقة بالحياة العقلية البشرية لا تتبع أحكام العقل كانت مقولة ثورية زمن فرويد، كما أن المقاربات الأخرى لعلم النفس مثل الأفكار السلوكية المعرفية لم تعد تنكر تمامًا العلاقة الوثيقة لـ اللاعقلانية بفهم العقل، وخلافًا للجيل الأول من السلوكيين مثل ب. أ. سكينر، هناك العديد من علماء النفس السلوكي المعرفي الجديد ممن هم في غاية الاستعداد لتقبل أن الكثير من المشاكل في السلوك البشري لها علاقة بآثار العمل العقلي اللامعقول، وقد لا يقبل هؤلاء الأشخاص الأفكار الفرويدية حول ما يشكل تلك الأفكار اللا معقولة، لكن فرويد يستحق الثناء بسبب إقناعه المجال بأهمية الأفكار والمشاعر غير العقلانية.

بالرغم من أن فرويد يمكن أن يُنتقد بسبب تركيزه المبالغ فيه على أهمية الجنسانية في حياة الإنسان، لا بد من الإشارة بأنه يرجع له الفضل في العصر الفيكتوري لإثارة هذا الموضوع مبدئيًا، وبات من الواضح أن يكون للجنسانية علاقة وثيقة بعلم النفس البشري رغم أن أتباع الفكر الفرويدي يبالغون في الاستناد عليها عندما يختزلون كل جانب من الباثولوجيا النفسية في عقدة جنسية مرتبطة بهذا الجانب أو ذاك.

لقد خلفت مسألة الصدمة النفسية في فترة الطفولة الجدال الأبرز مؤخرًا فيما يتعلق بـ فرويد (فورستر 1997)[1]، فهناك هؤلاء الذين يعتقدون أنه قد تجاهل عن قصد نطاق الصدمة الجنسية في فيينا خلال العهد الفيكتوري، ولكن يذهب آخرون إلى أن فرويد بشكل عام قد قدم مفهوم الصدمة الجنسية إلى الطب النفسي على وجه الخطأ، ويقر البعض بأن كل المشكلات النفسية يرجع سببها إلى صدمة جنسية سواء كانت هذه الصدمة معلومة بوعي مسبق أو دفينة بشكل لا واع في أعماق ذاكرة الإنسان، ويعتقد جانب آخر أنه لا يوجد تقريبًا أي مشكلة نفسية مرتبطة بالصدمة الجنسية، وأن ما يسمى ذكريات الصدمة الجنسية في فترة الطفولة ليس إلا مغالطات من أصل ثقافي، مرتكزة على مفاهيم تميز روح العصر، تتجاذبها الألسن في عيادة المعالج النفسي. يعد هذا الجدل واسعًا ولا أحاول أن نطلق حكمًا عليه، بل أحاول أن أسوق الفكرة بأن الطب النفسي المتعارف عليه يحتل مكانًا بين المنزلتين في خصوص هذه المسألة، وتجدر الإشارة، أن معظم الأطباء النفسيين يعتقدون أن سبب بعض المشكلات النفسية يرجع إلى الصدمة الجنسية فترة الطفولة، ولكن ليس كل ما يتعلق بالباثولوجيا النفسية يمكن أن يرجع سببه إلى مصدر جنسي، ويذهب آخرون إلى أن اضطرابات الشخصية، على وجه الخصوص، ومن بينها اضطراب الشخصية الحدية، مرتبط بصدمة جنسية فترة الطفولة، وفي هذا الصدد، هناك بحث تجريبي يستوجب الدقة لتأييد هذا الربط السببي، وعلى نحو مماثل، مر العديد من الإكلينيكيين، ومنهم أطباء نفس الأطفال، على حالات واقعية من الصدمة الجنسية يثبتها الدليل الطبي والشرعي، ومع ذلك فالعديد منا تعترضه أيضًا حالات

(1) تزايدت هذه المسائل وضوحًا شيئًا فشيئًا في الأوساط العامة والأكاديمية غير المتخصصة في الطب النفسي، وازداد زخم مناقشتها أكثر في نيويورك لمعرض الكتب منه في مجلة الطب النفسي الأميركية، وتجدر الإشارة إلى أن هناك من داخل مبحث الطب النفسي قلة لها وقع مدو ومؤثر، وهي التي فرضت تأثيرًا أكثر في سبعينيات وثمانينيات القرن العشرين، لذلك يمكن القول بأن هذه القلة تعتقد أن الصدمات (الجنسية عادةً) التي تحدث في فترة الطفولة المبكرة كانت بمثابة حجر أساس الطب النفسي، ومن الممكن أن يعتبر هؤلاء أن جزءًا كبيرًا من هذا الكتاب دون المستوى كليًا بما أنني لم أركز على هذه المسألة، وكذلك تعتبر نفس المجموعة الطب النفسي البيولوجي خطأ، وعواقبه خطيرة وأنه ببساطة قوة سيئة الطالع سياسيًا، ويمثل بام وروس 1995 الشرذمة التي تتبنى هذا النوع من المغالاة، وما تمثل هذه المقاربة الدوغمائية إلا ملة أخرى لا تختلف كثيرًا عن كل ما سبقها في القرن المنصرم، وإن لم يكن فالمقاربة التعددية، كما تم تقديمها في هذا الكتاب، تؤمن ردًا شافيًا ومقنعًا على هذا الصراع الطائفي.

من الصدمة النفسية لأشخاص بدا وأن لديهم ذكريات متعلقة بالصدمة الجنسية، وسرعان ما يثبت أنها غير صحيحة، وأعتقد مرة أخرى أن فرويد له مزية تتمثل في شيئين: كونه فتح عقول زملائه في الطب، والثقافة بشكل أوسع إلى هذه المشكلة وكونه اعترف بحدود تفسير الصدمة الجنسية للحالات النفسية.

يعرف العديد من الأشخاص غير الأطباء النفسيين فرويد بنظرياته أكثر منه بمناهجه، غير أنني أعتقد أن مناهجه أكثر أهمية ووثاقة اليوم من نظرياته، وكما سبق ونوقش، كانت أحد أهم الإسهامات الرئيسية لفرويد تقديمه لطريقة التداعي الحر، فقد علَّم فرويد الأطباء النفسيين طريقة الاستماع إلى المرضى، وعلمهم الاستماع دون القيام بأي حكم أو نسج نظريات، ولهذا كانت نظريات فرويد نفسها مجرد مفاهيم صاغها بعد الحوار مع مرضاه والإصغاء إليهم، كما أكد فرويد الحاجة إلى الإنصات إلى الأشخاص أثناء حصص العلاج، والنظر في الأفكار التي تداخلت مع هذه القدرة على الإنصات، ولاحظ أحد مرضى فرويد ذات مرة أن منظور الإنسان الذي يقف عند الطرف الآخر كان يتمثل في كيفية شعوره بأنه محل إنصات الطبيب، وعرج مريض فرويد الأول قائلًا: «لا يمكن تصور شعور بأنك محل استماع»[1].

(4)

ليست إسهامات فرويد بالهينة، لكنه ليس منبع الحكمة الوحيد، فالطب النفسي يقف على فرويد وأفكاره من زاوية نظر أكثر توازنًا.

وبما أن التحليل النفسي لم يعد بنفس القوة كما كان في السابق، يوضع دور العلاج النفسي بشكل عام باعتباره فرعًا من الطب النفسي موضع تساؤل، أما النوع الآخر من العلاج النفسي، الذي طالما سيطر عليه التحليل النفسي، والذي يمكن أن يكون له قيمة تذكر اليوم فهو العلاج الوجودي وهذا ما سأناقشه لاحقًا.

---

(1) يقدم بول روزن (1995) مختلف أطوار التاريخ التي تعكس عمليًا فرويد الإكلينيكي.

الفصل الواحد والعشرون

أن تكون موجودًا
العلاج النفسي الوجودي

«إن أم القواعد دائمًا هي علاج الفرد الذي ابتلي بعلة، وليست علاج مرض مجرد».

هنري مودسلي

(1)

تتفرع مدرسة الطب النفسي «الوجودية» إلى ثلاثة فروع بالاعتماد على جوانب مختلفة ركز عليها مؤسسوها الفلاسفة، حيث إن أولها، المرتكزة على إدموند هاسرل، تؤكد الاختزال الفنومونولوجي كما اشتغل كارل ياسبرز على هذه السنّة، وهي التي شكلت معالم الطب النفسي العالمي لعقود، أما ثاني هذه الفروع، والمعروف بها هو مارتن هيدغر، فيركز على البنية الوجودية التي تسمى عالم كل فرد، وفي هذا الشأن، أدلى لودفيغ بنسوانجر بدلوه، وأما الفرع الثالث، المرتكز على هيدغر، تنبني قواعده على أهمية الأصالة لفهم الأشخاص، فكان جون بول سارتر مرتبطًا بهذه المقاربة، إلى جانب آخرين أعلام من أمثال ر. د. لانج وإريك فروم.

واليوم نرى تجاهل الطب النفسي الوجودي بشكل واسع وهو الذي كان في القمة منذ ثلاثة عقود مضت، وأصبح يعرف بالآراء المتشددة، مثل آراء توماس زاس ولانج، وابتعد الطب النفسي الراهن أشواطًا عنه، ومع ذلك، لا بد أن تكون سنة الطب النفسي الوجودي التي تطورت من خلال تفاسير عمل هيدغر من طرف الطبيب

النفسي السويسري لودفيغ بنسوانجر، الذي يركز على مناهج الفنومونولوجيا، مفيدة للأطباء النفسيين المعاصرين، وبالإضافة على ذلك، يعد بنسوانجر مصدر الأفكار المعروضة هنا، بما أنه كتب بشكل مكثف، باعتباره طبيبًا نفسيًا متمرسًا في العمل الإكلينيكي، على كيفية ربط أفكار هيدغر الوجودية بالطب النفسي، وخلافًا لما صرح به من اعتراضات في نصه الفلسفي الرئيسي الكينونة والزمن («1927»)، اهتم هيدغر اهتمامًا لافتًا بمواصلة الاشتغال بتبعات أفكاره ونتائجها على الطب النفسي، وحاول جاهدًا لمدة أكثر من ست عشرة سنة أن يدرس أفكاره لطلبة الطب والأطباء الشبان في مصحة بزوريخ تابعة لتلميذه مدرد بوس، قدم بوس نصًا صادقًا بشكل مؤلم، تضمن تأجيلات مطولة بنبرات تعجب لبوس من قبيل «سبع دقائق تأجيل!» بعد أسئلة هايدجر العميقة التي قوبلت بالصمت التام من جانب الطاقم الطبي الشاب (بنسوانجر 1963)، فحاول بنسوانجر أن يجعل أفكار هيدغر أفكارًا وثيقة الصلة إكلينيكيًا.

سأناقش في هذا الفصل البعض من أفكار هيدغر الفلسفية، وبعدها أعرض حالتين من حالات بنسوانجر التي تطبق تلك الأفكار[1].

(2)

قدمت أفكار هيدغر حسب رأي بنسوانجر، وخاصة كما وصفت في الباب الأول من كتابه: «**الكينونة والزمن**»، فهمًا لعلم النفس البشري العادي، وأعتقد أن المرء لا يمكنه أن يفهم الباثولوجيا النفسية فهمًا تامًا، ما لم يفهم أولًا علم النفس العادي، وحسب بنسوانجر، فشل فرويد في تحقيق هذا الدور حيث أنه كان راغبًا عن التفلسف الصريح، وعندما نشر الكتاب **الكينونة والزمن** عام 1927، وضع بنسوانجر نظريةً تلاءمت مع حاجاته بشكل أفضل.

(1) حسب ما اطّلعت عليه، لا توجد كتابات شاملة حول الطب النفسي الوجودي، ولعل المصدر الوحيد والأفضل هو ماي وانجل والنبورغر 1958، وتجد المصدر الأكثر قابلية لأن يقرأ في أعمال لستون هافنز ([1973] 1987)، وكذلك قام ألفرد ماركليس (1989) بصياغة رائعة لما يشبه الممارسة الإكلينيكية الحديثة، ولقد أمن التلميذ ميدارد بوس (1988) مصدرًا رائعًا يخص بالطرح محاولة هيدغر المعلم ليعلم آراءه للأطباء النفسيين، ويمثل بنسوانجر 1963 المصدر الوحيد والأفضل الذي يعرض آراء بنسوانجر.

عرف بنسوانجر وجهين لفكر هيدغر يعدان في غاية الأهمية لمبحث الطب النفسي. أولًا، شعر بأن هيدغر كان يمكن له أن يقود الطب النفسي إلى ما وراء مشكلة ثنائية العقل والجسد، وبالتالي يقدم للطب النفسي نظرية سلسة شاملة يمكن أن تسمح باندماج مختلف المقاربات ابتداء من المقاربة البيولوجية إلى المقاربة التحليلية النفسية، أما ثانيًا، أعتقد أن رؤية هيدغر للوجود البشري كـ«كينونة متواجدة في العالم» قامت مقام منارة يمكن بالرجوع إليها فهم الحالات الشاذة في المرض العقلي، وعلاوة على ذلك، شعر بنسوانجر أن «البنى الوجودية» أو طرق أن تكون موجودًا في العالم، كانت تمثل مسببات الأمراض العقلية، وتقدم السبيل لفهم أسبابها وطريقة علاجها.

(3)

اعتبر بنسوانجر مشكلة العقل والجسد بمثابة صنعة فنية تتداولها أغلب المذاهب الفلسفية قبل هيدغر، وأرجع أزمة الطب النفسي الحديث إلى الآثار الجانبية السلبية التي يسببها هذا الإرث الفلسفي، وأقر هيدغر أن المرء بإمكانه أن يتجاوز المشكلات القديمة في الفلسفة بالانشغال على تحليل الكينونة عوضًا عن الجدالات المنطقية حول المعرفة، وتعتبر مشكلات الأبستمولوجيا من المشكلات الأساسية في الفلسفة التقليدية: فالسؤال كيف يمكن للذات أن تعرف الموضوع؟ هو خاصية جوهرية من خصائص الفلسفة التقليدية، فيؤدي الطرح الأنطولوجي الذي يتبع هذه المقاربة إلى الحديث في اتجاه المفارقات الميتافيزيقية في تاريخ الفلسفة، فمثلًا التركيز على الحجج المتعلقة بالعوالم الذاتية مقابل العوالم الموضوعية للوجود.

سعى هيدغر إلى تخطي هذا المسار الفلسفي بطرح سؤال جوهري مختلف، فعوضًا عن سؤال «كيف يمكن لنا أن نعرف؟» طرح سؤال «ما طبيعة الكينونة؟» أو بصفة أدق «ما طبيعة كينونتنا؟» كان يأمل أن يخوض في الجواب عبر «براهين ملموسة» لطبع الكينونة عوضًا عن الحجة المنطقية في شأن طبيعة المعرفة، وبالتالي، عوضًا عن التركيز على التحليل المنطقي، يعطي منهجه المنطقي أهمية

أكبر لإيجاد كلمات أو تعريفات جديدة لتقديم وصف لطبيعة الكينونة باعتبارها الوجود (Dasein هو المرادف باللسان الألماني)، ويشير هذا اللفظ عند هيدغر بشكل عام إلى كينونة الكائن البشري أو بشكل أدق أي شيء يوجد و«يأخذ منزلة» في وجوده، وبعبارة أخرى، يقر الوجود (Dasein) بشيء عن نفسه حينما يوجد، مثل حقيقة أنه يمتلك هذه القدرة أو تلك أو ينغمس في هذا النشاط أو ذاك، إنه «أن تكون موجودًا في العالم»، شيئًا موجودًا خارج ذاته (في العالم) بطريقة تسمح له أن يدرك ذاته (جالفن 1989، درايفاس 1994)[1].

كان هدف هيدغر هو تحديد طبيعة الكينونة «ما قبل النظرية» للوجود وما هي خصائصها وعلام ترتكز قبل أي تقييمات معرفية يمكن أن تقيمها عن ذاتها أو عن أشياء أخرى، وكان هذا المنهج محاولة منه للابتداء عند نقطة بداية مغايرة، بدلًا من الفكرة الأولى التي منها يتفرع التفكير الفلسفي التقليدي.

قدم هيدغر نقاشًا، في وصفه لكينونة الوجود، في طبيعة ما يجده الوجود في العالم من حوله، فيفعل الوجود أشياء حيث إنه يتفاعل في إطار علاقته بأشياء أخرى في العالم، وهذا خاصية أساسية للوجود وتمثل القصدية خاصية سلوك للوجود، وهي تتداخل مع أشياء وكينونات أخرى من حولها، وتكون هذه الموضوعات الأخرى إما «ملائمة» للوجود أو «غير ملائمة»، تكون ملائمة إن يستفد الوجود منها، و«يستغلها» في نشاطه وفي المقابل عندما يستغلها، يكون الوجود غير واع باستغلاله لتلك الموضوعات، فهو إذن «منغمس» في العالم، وعندما تفشل الموضوعات لسبب معين في تحويل الاستغلال الذي يستفيد منه الوجود إلى فعل بسبب مشكلة ما، تصبح آنذاك غير ملائمة وعندها يصبح الوجود واعيًا بوجودهم المستقل خارج الوجود، هذا ويواجه الوجود تلك الموضوعات على ضوء علاقة الذات بالموضوعات التقليدية، فيقوم الوجود بـ«إخراجها من السياق» لغاية فهم

(1) تعتبر أفكار هيدغر مصدرًا مهمًا للعديد من المواقف في الفلسفة والطب النفسي الحديثين انطلاقًا من الوجودية وصولًا إلى الحداثة المغايرة، وهذان المصدران مقاربتان رائعتان وشائعتان لعمله المعقّد، وأنا مستاء جدًا بسبب اتصال هيدغر بالنازية، وأعتقد أن عمل ياسبرز الفلسفي يحتوي على الكثير مما يعتبر كذلك مفيدًا في طرح هيدغر دون تلك الاتجاهات المرتبطة بما هو نسبي وما بعد حداثي وكلياني، والتي تغطي جزءًا كبيرًا من عمل هيدغر، وعلى أية حال، يعد تفسير بنسوانجر لهيدغر ذا إفادة مستخلصة بطريقة خلاقة.

ما كان يمثل مشكلة في مقام استعمالها، وإن يقم الوجود بـ «إعادة وضعها في سياقها»، في شكل نموذج أو نظرية، تكون بعد ذلك الموضوعات «ظاهرة»، وإن لم يعد الوجود وضعها في السياق، ويبقى فقط «يحدق» النظر إليها في فضول، تكون الموضوعات «مجرد أشياء تظهر»، ويتصارع معها الوجود من وجهة الموقف النقيض لـ «فلسفة العقل التقليدية»: الذات المنعزلة المالكة للموضوع المنعزل.

يقر هيدغر بأن العلاقة الرئيسية بين الوجود والموضوعات الأخرى هي «الشفافية» حيث يستغل الوجود الموضوعات «كأدوات» عوضًا عن التفكير فيها كموضوعات مستقلة، وبالتالي، فإن هذه العلاقة الرئيسية أنطولوجية وليست علاقة تتضمن حالات ذهنية (عقلية)، وبعبارة أخرى ، المشكل الرئيسي في الأبستمولوجيا وفلسفة العقل وهي العلاقة بين الموضوع والذات يسبقها شرط أساسي أكثر للوجود حيث لا يوجد أي فرق بين الوجود والعالم الذي ينصهر فيه.

شعر بنسوانجر أن هذه المقاربة، بتجاوز التمييز بين الموضوع والذات برمته، قد تجاوزت مشكلة العقل والجسد (1963)، أما بالنسبة للطب النفسي، قد يعني هذا أن هيدغر كان بإمكانه تقديم طرح نظري يمكن أن يبين لماذا مدارس الفكر المختلفة تفهم فقط جزءًا من تجربة المريض، ويتقاسمون فقط المعرفة الجزئية عوضًا عن المعرفة المطلقة.

(4)

كان ثاني إسهام رئيسي من هيدغر للطب النفسي، كما فسره بنسوانجر، يتمثل في مفهوم الكينونة في العالم كوسيلة لفهم البنية الوجودية لكل فرد، أما بالنسبة لمرضى الأمراض العقلية، ذهب بنسوانجر إلى أن هذه البنى الوجودية تختلف عن البنى عند الأشخاص الذين لا يعانون من مرض عقلي (وكذلك وسط الأشخاص الذين لا يعانون من أي مرض عقلي، فتوجد كل أنواع التباين)، وإن هذه الاختلافات في البنية الوجودية هي اختلافات المرض العقلي الأكثر أهمية، بينما يلي كل شيء آخر الأعراض والعلامات، التغيرات البيولوجية والجوانب السيكو اجتماعية- التغيرات التي تطرأ على البنية الوجودية، ويكون دونها أهميةً.

فسر بنسوانجر فهم هيدغر للوجود ككينونة في العالم باعتبارها «أولوية وجودية»، على نحو كان هدفها ضبط الفرد وفقًا لخصائص حياته وعالمه المتكون من علاقات وأدوار[1]، ولو طرأ على بنية الوجود تغيير بشكل من الأشكال، لأسباب بيولوجية ونفسية، لمهد ذلك الأرضية لمظاهر متباينة للأمراض العقلية، وتجدر الإشارة إلى أن هيدغر لا يستخدم في أي مكان آخر هذا الاستعمال السريري الصريح لمفهوم الكينونة في العالم غير أن هذا الوجه من التفكير الخاص به يعد مركزيًا في إسهامه في بلورة الفضاء النظري والتطبيقي لبنسوانجر، كما يؤكده جاكوب نيدلمان (1963) في مقدمته لكتابات بنسوانجر، هذا ويقدم بنسوانجر هذا المفهوم الأساسي بشكل أكثر وضوحًا في دراساته المرجعية لأمثلة معينة.

وإنه لمن الأهمية أن اقتباس بنسوانجر لهيدغر يتجنب أفكارًا معينة يمتاز بها هيدغر والتي من شأنها أن تكون لها علاقة مباشرة بعلم النفس، فعلى سبيل المثال، يصف هيدغر ثلاثة اتجاهات يمكن أن يتبناها الوجود في موقفه إزاء كينونته: أ) يمكن أن يفشل في اتخاذ رأي في شأن وجوده لهذا يسمح بأن يُشكَّل له فهم «من خلال فهم عامة البشر»، ب) يمكن أن «يتخلص» من كينونته، «مندمجًا اندماجًا فعَّالًا» مع الأدوار الاجتماعية العامة، كمنفذ «للتهرب من عدم استقراره» أو ج) يمكن أن «يستعيد» كينونته حيث لا تصبح الأدوار الاجتماعية إطلاقًا هوية المرء ولكنها هي مجرد وسائل للتعبير عن فهم الوجود «فهم عدمية وجوده» (درايفاس 1994، 236)، ولا ترى بنسوانجر يتطرق إلى هذه المفاهيم بشكل مباشر في تقديمه للمساهمة النظرية التي تفضل بها هيدغر في الطب النفسي.

لم يستفد بنسوانجر من مختلف الجوانب التي تميز تفكير هيدغر في الجزء الثاني من كتاب: «**الكينونة والزمن**» التي تبدو أكثر قابلية بأن تطبق على علم النفس، مثل **هول الموت والأصالة**، وبالأحرى، يختصر بنسوانجر اهتمامه في قراءة جد محدودة بتقديم حول هيدغر في الباب 1 المتعلق بالحقائق الوجودية التي يواجهها **الوجود** وبالأسس الأنطولوجية لتجارب الوجود في العالم.

---

(1) ينسب مفهوم البنى العقلية التي سبق الإقرار بها إلى كانط (انظر: الفصل 3).

(5)

إن أفضل عمل لبنسوانجر ذلك الموجود في الحالات الإكلينيكية التي نشرت، ونوقشت جميعها في مقالاته المترجمة (بنسوانجر 1963، ماي وإنجل والنبرجر 1958) حيث تجبر تلميحاته إلى نظرية معينة بأن تواجه طلبات المرضى الملموسة، وهنا سأقتصر على حالتين اثنتين من تلك الحالات.

كانت إلسي امرأة في سن التاسعة والثلاثين من عمرها قررت بعد مشاهدتها لمسرحية هاملت أن تجبر أباها على معاملة أمها بشكل ألطف (بنسوانجر 1958)، وانطلقت في تنفيذ مهمتها؛ عندما عنف أبوها أمها، وضعت ذراعها في فرن ساخن وقالت مهددة: «انظر، هذا لأريك كم أنا أحبك!» (215)، وخلال الأشهر القليلة الموالية، كانت «مندفعة ونشطة ومفعمة بالحيوية» وبدأت تعيش أوهام الإحالة، وعند دخولها المشفى الإيواء بدأ الافتنان مع الاعتقاد بأن الأطباء يحبونها، وأثناء فترة وجودها بالمؤسسة، مرت بحالات من الإثارة بنزعات انتحارية، وحصل تسريحها في الأخير «سليمة معافاة من حالة عصاب حادة» (216)، وقد يراودنا الشك فيما إذا كان الأطباء هم الذين كانوا السبب في «شفائها» أو الطبيعة، من ما يمكن أن يسمى مدة نوبة هواسية اكتئابية عادية. ولتحليل ما يمكن أن يطلق عليه اسم الاضطراب ثنائي القطب، يبدو أن بنسوانجر يعتمد بدايةً على مفهوم الوجودية، وفيما يلي يورد التعليق التالي: «بقدر ما توصف الحرب بأنها استمرار للسياسة بمختلف الوسائل، وبالتالي، في حالتنا هذه، يمكن أن نفسر أوهام إلسي كاستمرار لتضحيتها ولكن بوسائل مختلفة» (218)، هذا ويبدو منهجه شبيهًا بالتصور الهيدغري للمنهج العقلي لكانط: وبعبارة أخرى، ما هي البنية الوجودية، إذا أخذنا بعين الاعتبار أوهام إلسي، التي لا بد أن تملكها لكي تسمح لمثل هذه القوة بأن توجد؟ وحسب رأيي، لا يعتبر تفسير بنسوانجر المخصوص لحالة إلسي مقنعًا بالشكل الكافي، حيث إنه يناقش الأطوار المختلفة من حياتها ويفسر أفعالها واعتقاداتها من منظور ما كان يجري خلال فترات حياتها هذه.

يعدّ منهج بنسوانجر الأهم بالنسبة لي، أكثر من مضمون تفاسيره، حيث إن منهجه كما يبدو لي صيغة أصلية للمقاربة الاستشعارية (الاعتطافية) للهواس.

إن بنسوانجر صريح في هذا الصدد حيث أكد ضرورة العيش المشترك في عالم (Mitsein) «العيش مع الغير» في عالم يصبح المرء فيه مساويًا إن صح التعبير للشخص الذي يفحص (224)، وبالوقوف جنبًا إلى جنب مع المريض في الفضاء المشترك، يغدو عالم المريض مفهومًا باعتباره سلسلة من **«قواعد العيش المشترك»** (226) وعندها يمكن أن يسمي المرء قواعد العيش الجماعي هذه عالم العلاقات البين ذاتية، ولكنها قد تعني أكثر من ذلك، وفي هذا الإطار، يكون فهم بنسوانجر غير واضح بشكل صريح في خصوص ما يقصده هنا.

و ما يقوله بعد ذلك يبين أنه يمنِّي النفس ليقابل بين مقاربة **«العيش الجماعي»** وأنواع تقليدية من التعاطف مثل ذلك الموجود في كتاب كارل ياسبرز، والمشهور عن ياسبرز أنه عرَّف العصاب في كتابه: **«الباثولوجيا النفسية العامة»** بكونه يحدث عندما يتلاشى لدى المريض حس التعاطف، ويقر بأن تلك النقطة، حيث يصبح من غير الممكن للطبيب التواصل مع عالم المريض، تعد الحد المنطقي للعصاب، ولكن بنسوانجر يعارض هذه الفكرة دون إحالة مباشرة إلى ياسبرز، ويضمر بالقول إنها مجرد مقاربة للتعاطف ناتجة عن طيش فكري، حيث إن التعاطف ليس قضية فهم للأفكار بل يتطلب «العيش الجماعي» بمعنى فهم البنى الوجودية التي تعمل في عالم **«العيش مع الغير»** بداخل المريض الذي يعاني من العصاب، وعلاوة على ذلك، يبدو أن بنسوانجر ينطلق من هذه الفكرة في نقاشه للقضية وصولًا إلى توسع مباشر في نقده لمقاربة ياسبرز وهي المقاربة الشبيهة بما يعتبر اليوم كونه النموذج الطبي «السائد» للطب النفسي البيولوجي، وفضلًا عن هذا كله، يقول بنسوانجر أن الطبيب النفسي ليس مختلفًا اختلافًا كبيرًا في مقاربته عن «العامي» **إذ إنه يطلق حكمًا** على تضحية ألس (228)، فالكلمات المكتوبة بالخط العريض هي كلمات لبنسوانجر ليست لي، فهو يتابع ليؤكد الطبيعة التقييمية، مقابل الطبيعة الوصفية، للمقاربة في الطب النفسي التقليدي:

> **ينظر الطبيب النفسي إلى الظاهرة المعقَّدة والدرامية لتاريخ حياة التضحية باعتبارها حدثًا فرديًا «في الزمن» و«في» الكائن البشري، ويصنفه ضمن فئة الأعمال الغريبة والتجريدية «المتعالية» ويصنف هذه الأخيرة باعتبارها عرضًا من أعراض مرض الفصام، ولكن علينا الآن أن نطرح على أنفسنا**

السؤال التالي: ما الذي يحصل هنا؟ وإن نحكم على السلوك الاجتماعي الشاذ حقيقة ثقافية باعتباره ظاهرة باثولوجية من الناحية النفسية، فنحن نترك منطقة الحكم البيولوجي الصرف وندخل منطقة الحكم المتعلق بـالغرض البيولوجي. فالصحة والمرض هما مفهوما قيمة بالاستناد إلى الغرض البيولوجي (228 229).

قد يشعر القارئ المعاصر بأصداء توماس زاس في تأكيد بنسوانجر على أصل التشخيص النفسي في السلوك الاجتماعي الشاذ، وفي إشارته إلى أن الانتقال من مدار الاهتمام هذا إلى علم أسباب الأمراض البيولوجي قد لا يكون له ما يبرره، وفضلًا عن ذلك، فهو يعدل عن وفائه لفلسفة الطب التي تعتبر غريبة الأطوار بما تتسم به من مقاربة سائدة اليوم على أساسها يشتغل الطب النفسي، فعوضًا عن تركيز الطب على العلم، بمعنى، على المعطيات التجريبية للوظيفة العادية والشاذة، ولكنه يركِّز الطب على الأخلاقيات، على الأحكام القيمية التي نصدرها فيما يخص غرضنا البيولوجي. ويتابع بنسوانجر ليؤكد أنه عندما يقام الدليل على الأساس البيولوجي للعَرَض النفسي، فلا شيء يمكن عمله سوى «تسمية» «المخفي» ولكن لا يظهر «كينونة وجوده أو جوهره» (230).

إذن، إنه لجدير بالذكر أن بنسوانجر يقدم منزعًا ماهويًا (جوهريًا)، من الواضح أنه يتعارض مع نوع التجريبية الصارمة التي يعرّف بها الطب النفسي السائد نفسه. ولكن بنسوانجر يسعى إلى مد جسر نحو المقاربة السائدة، وبالرغم من أنه ينكر أن أوهام إلسي بعينها الواحد تلو الآخر، يمكن أنِ تفهم من خلال علاقتها بظواهر الدماغ، إنه ليفصح بالقول بأن «الصيغة الكاملة الذي يُعالج بها الموضوع التاريخي للحياة، يمكن أن تكون صيغة حل للمشكل الذي يفرضه هذا الموضوع، ويمكن أن يكون مرضيًا، وبالتالي مرتكزًا على اضطرابات تحدث على مستوى العضو المركزي. لأن الدماغ ليس هو الذي يفكر في الموضوع التاريخي في الحياة ويحلله بل هو الإنسان نفسه» (230ـ231)، ويبدو أنه يقول إن البنية الوجودية المتغيرة يمكن أن ترتبط في شكل من الأشكال بباثولوجيا الدماغ، حيث إن تفسير إلسي للعالم باعتباره فضاء للتضحيات والحب، كموضوع وجودي يمكن أن يرجع سببه إلى بعض ظواهر الدماغ، ولكن تفاصيل معتقداتها في هذا العالم تعد نتاج ذاتها

المفكرة، وليس من الحالات الثابتة أو الشاذة المتمثلة مسبقًا للدماغ.

ينتهي بنسوانجر بالقول إلى أن مرض إلسي يحتاج إلى أن يفهم باعتباره مرضًا وظاهرة تعكس تاريخ حياة، فهو يرفض أن ينحاز إلى هذا الصراع القائم بين المقاربات المتضاربة لولهوم دلثي في مجال العلوم الطبيعية والإنسانيات، لأن وحدة العقل والجسد، كما يعتقد، يستبعد هكذا تصنيفات، وإنه في هذا السياق بالذات يستعمل مقاربة هيدغر لمشكلة العقل والجسد إكلينيكيًا، وبما أن الفصل بين العقل والجسد هو صنعة العلم، يستوجب على الفلسفة آنذاك ألا تقبل به، فالتحليل الوجودي يرتكز على هذا «الاستبصار الفلسفي» (232 233).

وبناء على ما تقدم، يستخدم بنسوانجر، في إطار ما يعرف بأسلوبه الانتقائي، حالة إلسي ليصف كيف يمكن أن ترتبط المقاربة البيولوجية الكلاسيكية «لانفصام الشخصية» بالمقاربة الوجودية التي ترى أن «ظاهرة التاريخي في الحياة» لها قيمتها في حياة المريض، وعليه، إذا سمحنا بعدم الدقة التشخيصية لما أعتقد أنه ربما كان حالة اضطراب ثنائي القطب، يجب على المرء أن يقول إن ادعاء بينسوانجر في هذه الحالة ليس بنفس القوة مقارنة بمزاعم مثل العديد من الكتاب الوجوديين اللاحقين، من أمثال زاس وليغ[1].

(6)

باستثناء الحقيقة بأن ألن وست المسكينة انتحرت، قد يمكن أن تكون قصتها القضية التاريخية الأكثر إثارة في تاريخ الطب النفسي (بنسوانجر 1958)، حيث إن ألن وست كانت حالة اختبار رئيسية ومتواترة لمختلف النظريات النفسية، فخاضت مرحلتين من التحليل النفسي عولجت فيهما كمريض في مستشفى الأمراض النفسية

(1) عندما نشرت نسخة أولى من هذا الفصل في إحدى المجلات الأكاديمية، سمعت من أكثر المتأثرين بزاس عن كيف أن هذا الأخير كان على قدر كبير من الصحة في طرح أفكاره، ويتمثل الجانب السلبي للمقاربات الوجودية في الطب النفسي (شبيه بشكل كبير بالآراء التحليلية النفسية) في أن العديد من أولئك المهتمين بهذه المناهج يصبحون متطرفين فكريًا لزاوية الطرح هذه، وخلافًا لذلك، لا بد أن يكون من الواضح للقارئ الذي يستوعب هذه النقطة أن يكون الدافع الأساسي من وراء هذا الكتاب هو مقاومة ودحض مثل هذه المغالاة.

من قبل بنسوانجر وخضعت إلى العلاج من طرف عميدي الطب النفسي البيولوجي إميل كرابلين وأدجين بلويلر، هذا وقد كون تطبيق الكثير الخبرة في علاج المريض عرضة لأن يكون ذي خطورة.

وباختصار، ولدت من والدين يهوديين حاملةً معها تاريخًا عائليًا قويًا حافلًا بتجارب الانتحار والاكتئاب والهواس الاكتئابي حسب ما جاء على لسان بنسوانجر، ومنذ طفولتها بدت في الغالب غير مسرورة، عاشت «أيامًا بدا فيها كل شيء خاليًا من كل قيمة بالنسبة لها» (238)، وأشار بنسوانجر إلى أنها في الثامنة عشر من عمرها، بالاستناد إلى مذكراتها، أرادت «أن تكسب الشهرة، شهرة خارقة بعيدة وأبدية، بحيث يبقى اسمها بعد مئات السنين مدويًا على ألسن البشرية» (240)، وتجدر الإشارة إلى أنها كانت في غاية السرور وهي في سن العشرين، فـ«انسابت من قصائدها غبطة فياضة، إنه لخيلاء الحياة السافر» (241)، وبعدها غمرها اكتئاب حاد لم تبرأ منه بتاتًا إلى أن توفتها المنية عن سن الثالثة والثلاثين، كما أنها في الأثناء على ما يبدو عرفت مرضًا آخر في حوالي سن الحادية والعشرين، وهو الذي لم تعرف منه شفاء البتة، إنه «داء السمنة المخيف» (242)، وكان هذا قد تزامن تقريبًا مع نهاية علاقة رومنسية.

وعلى مدى السنوات، تراوحت عادتها الغذائية بين الإفراط في الطعام والكف عنه إلى حد كبير، وكانت تخرج في نزهات طويلة لتحرق ما زاد عن وزنها من دهون، وبالإضافة إلى ذلك، كانت تسيء تناول أقراص الغدة الدرقية والملينات للتحكم بوزنها، كما أنها أحبت ابن عمها وتزوجته وهي في سن الخامسة والعشرين، وظل عونًا لها في حياتها، ولكنها باتت مهووسة بالنحافة، وفي الوقت ذاته استبد بها قلق سببه هذه الفكرة، وكانت تمنّي النفس بأن تستعيد قدرتها على تناول الطعام بصفة عادية.

قد تشخص حالتها اليوم بحالة الإفراط في الأكل، وكذلك من الممكن بفترة وجيزة من القهم العصابي، ويمكن أن تناقش حالة الباثولوجيا النفسية التي تعاني منها فيما تسمى الظاهرة الاكتئابية القهرية لهذه الاضطرابات في الأكل، أما في زمن بنسوانجر، كان «العصاب القهري» بالفعل تشخيصها الأول الذي قدمه

فيما يبدو محللها النفسي الأول الذي تابع حالتها لمدة ستة أشهر وهي في سن الثانية والثلاثين، ولكنها توقفت عن هذا التحليل لأنها شعرت بأنه «عديم الفائدة» ومع ذلك انطلقت مع تحليل آخر طبقه محلل فرويدي أكثر «أصالة»، حسب رأي بنسوانجر، وهو الذي تابع حالتها لمدة سنة تقريبًا (249)، وبدا أنه رجل متعجرفًا لم يهتم بنوبة شهر واحد عندما أقدمت على ما لا يقل عن أربع محاولات انتحار جدية بتناول كمية مفرطة من الأدوية مرتين، وحاولت أن تلقي بنفسها أمام سيارة، كما حاولت أن تلقي بنفسها من مكتب المحلل النفسي. ورأت بعدها طبيبًا مقيمًا، وهو الذي رأى بأنها يجب أن تعالج بالمستشفى، ولكن محللها عبر عن عدم موافقته.

تم ترتيب استشارة بمعية أشهر إكلينيكي زمانه إميل كرابلين الذي شخص «الميلانخوليا» ونصح بالبقاء والعلاج بالمستشفى، واعتبر المحلل «هذا التشخيص مجانب للدقة» وتابع التحليل النفسي خارج إطار حالة المريض، وبالإضافة إلى ذلك، تصف مذكرات ألن خيبة أملها في التحليل رغم جدية التحفير لتتفاعل فيه:

«أريد أن أعرف الدوافع غير الواضحة التي كانت أقوى من قدرتي العقلية، والتي دفعتني إلى إعادة تشكيل ملامح حياتي بالتناغم مع وجهة نظر وحيدة. وهي أن أكون نحيفة، فكان التحليل خيبة أمل، وكنت أحلل وفق تفكيري، وظل كل شيء عند المستوى النظري، كما بقي أملي في أن أكون نحيفة على حالة لم يتغير على مستوى تفكيري» (257).

وعند فكرة معينة، يبدو أنها عرفت ضربًا من التحويل الشبقي تجاه المحلل، مندفعة في حضنه لتقبيله، ولكن في نهاية المطاف، تغلب عليها طبيبها المقيم لكي تدخل المستشفى، واستمرت في التحليل قرابة السنة، ومع ذلك، بقيت جد مريضة تعاني من أعراض اكتئابية وأعراض تنم عن رغبة مفرطة في الأكل.

ويأتي دور بنسوانجر الذي عالجها لمدة شهرين قضتها بالمستشفى وهي ذات ثلاثة وثلاثين ربيعًا، وأثناء فترة الإيواء، لم يصل بنسوانجر إلى نتيجة تذكر، ولم تضف محاولات إصلاح عادات ألن الغذائية إلا إلى نتائج قليلة، وأصبحت مندفعة أكثر فأكثر إلى الانتحار، ومع ذلك، وبشكل يثير الحيرة، أن بنسوانجر لاحظ بشكل واضح أنها ليست يائسة للغاية كما هو الحال في الاكتئاب الحاد النموذجي،

وأضاف قائلًا: «قد يخطر للمرء انطباع أقل بأنها تعاني من تأثير اكتئاب حقيقي، أكثر من شعورها بحالة فراغ جسماني مميت، وأنها تعاني تحديدًا من واقع أنها لا تستطيع أن تنجز تأثيرًا» (262)، ويتطابق هذا الوصف التصوري وما يطلق عليه اليوم تأثير اضطراب الشخصية الحدي أو اضطرابات الشخصية الأخرى.

وبما أنها محبوسة في جناح غير مغلق، ولكن تزايدت عندها الرغبة في الإقدام على الانتحار، نصح بنسوانجر بنقلها إلى وحدة مغلقة، وقبل ذلك، أصرت ألن وزوجها على الحصول على دليل بأن حالتها ستتحسن قبل الاتفاق على نقلها، ولو يكن بإمكان بنسوانجر الذي سبق وأن شخص «عصابًا فصاميًا من الدرجة المتقدمة» سوى تقديم توقعات سيئة.

لقد أجريت استشارة أخيرة بمعية يوجين بلويلر و«طبيب نفسي أجنبي» (قد يكون أميركيًا) صاحب الآراء التي لم تكن متشابهة لنظرية كل من كرابلين وبلويلر في مرض الفصام، وليس من الغريب أن بلويلر شعر بأن «وجود الفصام كان لا جدال فيه»، كما علق الطبيب النفسي الآخر (وقد يكون مصيبًا) بأن همها العظيم بوزنها لا يعكس ضربًا من التوهم (وبالتالي لم يعكس عرضًا من أعراض الفصام) وما ذلك بالأحرى إلا «فكرة طائشة» أو ما يعبّر عنه اليوم بفكرة ذات قيمة مبالغ فيها، وأضاف قائلًا: كانت أعراضها جزءًا من «القانون السيكوباثي» (بمعنى اضطراب الشخصية)» (266)، ولا يوجد أي أمل بتقدم جيد، وبعدها تم تسريحها من المشفى، وبعد ثلاثة أيام، ويوم من «المزاج الإيجابي» وشهية سليمة على غير العادة، وضعت حدًا لحياتها بالسم (267).

بذل بنسوانجر جهدًا كبيرًا لفهم وجود ألن وست في العالم باستخدام تقنياته الجديدة ذات المنزع الوجودي، وبدأ نقاش **عالمها الخاص** المتعلق بتجربتها الشخصية المحضة بالمقارنة بـ**علاقتها بالعالم**، وما تحمله من علاقات بين ذاتية، **وعالمها الداخلي** وعلاقته بالموضوعات المادية، منها أجسامنا الموجودة تبعًا لنا (269 273)، وتجدر الإشارة بأنه أقر بأن طريقة ألن وست في الوجود كانت متسمة بتقهقر ظهر أثناء طفولتها إلى **عالمها الخاص** من **علاقتها بالعالم** و**عالمها الداخلي**، كما أضاف بنسوانجر أن **عالمها الخاص** لا يتحول بثبات إلى **العلاقة بالعالم** والعالم

الداخلي، لتجعل نفسها تتحمل وتتغذى، وتحقق ذاتها بذاتها، ولكن تفصل ذاتها بشكل كبير عنه (270)، وعلاوة على ذلك، لقد عاشت خيبات قليلة في الحب والعمل كامرأة شابة، ويذكر بنسوانجر هذا كله على ما يبدو بشكل خاطف تاركًا انطباعًا بأن هذه الأشياء تحصل ولا يمكن اجتنابها، وهي جزء مما عرف عن شكسبير بـ «عواقب ومساوئ الحظ الجائر».

ومع ذلك، نتيجة لهذه النكسات المتوقعة، بدأ اهتمامها بالآخرين في فضاء علاقتها بالعالم بالتقلص أكثر فأكثر، وسرعان ما خفت اهتمامها بوجودها في علاقتها بالمستقبل، وأصبح وجودها مقترنًا أكثر فأكثر بماضيها في شكل تذكر ثابت لخيباتها وأمانيها غير المتحققة (يحول فشلها في تحقيق «مساعيها وأمنياتها» العالم إلى دمار لا حد له وديمومة عقيمة وبرود قاس، حيث يتزحزح فضائها الخاص إلى نقطة متناهية الصغر، أنهكت روحها، ووقع الموت بداخلها يأبى السكوت) (276)، وبالتالي، تحول وجودها من خط متجه نحو المستقبل إلى حلقة مغلقة تحوم حول الماضي.

كان وجودها مع نهاية العقد الثالث من عمرها يدور في «حلقة مفرغة» (354)، التي لم يبدو

أنها ستنكسر البتة حتى نهاية حياتها، وفي سن الحادية والعشرين، انتهى نموها الوجودي، وفي نفس الوقت بدأت أعراضها الباثولوجية النفسية.

> لا بد أن ينظر انثروبولوجيًا إلى الخوف من أن يصبح المرء بدينًا، الشيء الذي يظهر معه المرض الحقيقي بالمعنى النفسي ليس كبداية بل كنهاية، إنه نهاية عملية استكمال الوجود الكامل، وعليه لم يعد المرء منفتحًا على إمكانات وجودية. فيصبح الوجود آنذاك مقتضبًا أكثر فأكثر، مرتبطًا بدائرة متقلصة من الإمكانات المحددة بشكل موجز، الشيء الذي من خلاله يصبح الأمل بالنحافة والخوف من البدانة يمثل حالة «نفسية» غير مألوفة، فها هنا يتمثل لنا المسار إلى تاريخ الحياة: فالمسار ليس متجهًا صوب الامتداد المستقبلي، ولكنه يتحرك في حلقة مفرغة. واستبدلت هيمنة المستقبل الآن بسيادة الماضي. كل ما تبقى هو المحاولات العقيمة للهروب من هذه الدائرة.. (281)

لقد تشكلت ملامح البنية الوجودية الأساسية لحياتها، وقد تشكل قدر مستقبلها بهذه البنية، وبداية تلك الأعراض كانت مجرد تعبير عن نسق دائري محدد للوجود، وإن انعدام الصلة للعلاقة مع العالم والفضاء الداخلي وكان ممثلًا بتركيزها على «عالمها الجسدي الخاص» (352) وما يربطه بعادات الأكل الخاصة بها، وكانت أعراضها المحددة ترجمة للباثولوجيا الوجودية الخاصة بها، «ويبين خوفها من أن تصبح بدينة نفسه باعتباره تجسيدًا لخوف وجودي حاد، وهو الخوف من «حياة عقيمة»، خوف من الذبول، والشحوب، والوهن، والتدني، ومن أن تصبح ضخمة الجثة، والتراجع على مستوى البنية، أن تدفن وهي على قيد الحياة، الشيء الذي يصبح فيه عالم الذات بمثابة قبر، مجرد حفرة» (349).

وبما أنها كثيرًا ما ركزت على الطعام، تطورت بنية حياتها الوجودية إلى مسار عيش في هوة، وهي هوة حاجتها للطعام غير المتحققة، عوضًا عن مسار وجودها من أجل الآخرين في الفضاء مع العالم، ووجودها لأجل ذاتها في الفضاء الخاص الأصيل.

كانت تعيش أساسًا لحظة من الوجود الأصيل، عندما وضعت حدًا بنوع من المفارقة لوجودها البدني، ولسبب أنها توفيت من جراء إرادتها نفسها، قطعت دائرة الوجود الذي حبسها لأول (وآخر) مرة. وتجدر الإشارة إلى أن بنسوانجر بدا أنه راض بشكل علني عن طريقة انتحارها هذه، وأكد أنها أساسًا ميتة، ميتة وجوديًا، منذ أواخر عقدها الثالث حينما تحول وجودها في العالم إلى تلك الدائرة المفرغة، وكان ما تبقى من حياتها مجرد انتظار لموتها الجسدي، وعلاوة على ذلك، مثل حال شخص طاعن في السن ينظر إلى الموت كحلول مرحب به بعدما أصبحت منفصلة شيئًا فشيئًا عن «حاجاتها للحياة»، فقد أصبحت ألن وست الشابة هرمة، «فقد كبرت وجوديًا بشكل جد سريع وأصبحت جاهزة للموت»، وسرعت بنفسها ما لن تسرعه الطبيعة، فيعد الانتحار نتيجة إرادية ضرورية للحالة الوجودية للأشياء» (295)، وفي تلك اللحظة، وفقت نفسها مع نسق وجودها، وبما أنها جلبت الموت إليها لتبلغ مثل هذا الانسجام في حياتها، فقد كانت قصتها مأساة، وإضافة إلى ذلك، «كان بهرج الموت بهرج ولادة وجودها، ولكن في الوقت الذي يمكن للوجود أن

يوجد فقط بالتخلي عن حياتها، يكون الوجود عندها وجودًا مأساويًا» (298).

رفض بنسوانجر أن يمرر حكمًا عليها أو أن يزعم أن الحياة لو استمرت لكانت أفضل أو أكثر إنصافا لها (بالرغم أنه تصور أنها قد يمكن أن تتعافى لو توفر العلاج بالصدمة الكهربائية في ذلك الوقت)، وإضافة إلى ذلك، تمنّى لو أحيط علمًا بطريقة وجودها أو تعايشها في العالم، وكان له ذلك بتقبل موتها على أساس كونه ضروري نوعًا ما، «فالحياة والموت ليسا متضادين، فينبغي أن يعاش الموت هو الآخر. إن الحياة كامنة داخل «سياج» الموت» (294).

(7)

يستحق بنسوانجر عددًا من علامات الامتياز لإسهاماته، فقد كان أول من طبق أفكار هيدغر في الباثولوجيا النفسية الإكلينيكية تطبيقًا منظمًا، وكان أصيلًا ومستقل الفكر، لم يسمح لنفسه ليكون حبيس زخرفات التأويل الأرثوذوكسي للفيلسوف، كما كان بارعًا في علم التحليل النفسي والمقاربات الإكلينيكية الوصفية للحالات التي يعالجها، وفي معالجته للحالات التي تعترضه، كان في غاية الحذق مقدمًا مادة غنية حاول فيها تجسيد تطبيق الأفكار الوجودية على نفسية الكائن البشري، ومع ذلك، تبدو لي نقطة ضعفه الكبيرة في ضرب من الفخفخة الفكرية وسمتها الأساسية استخدامه الانتقائي الواضح لأفكار مختلفة التي بدورها تبدو غير وثيقة الصلة، ويعتبر تحريفه لحالة ألن وست إلى حالة فصامية بلويلرية دليلًا واضحًا لهذا الفشل، وهذا يعد فهمًا بارعًا لمعنى انتحارها وللأساس الوجودي لفرط شهوتها للطعام.

كتب كامو ذات مرة أن هناك جرائم عشق وجرائم منطق والحد الفاصل بين الاثنين ليس واضحًا دائمًا، بالرغم أنه من الممكن أن بنسوانجر ارتكب أخطاء جسيمة في المنطق، فإنه لم يرتكب جرائم، وإن كان من شيء هذا، فقد كان جد حذر من ارتكاب أي نوع من التجاوز قد يعرضه لمثل هذا النقد، لذلك، كان بنسوانجر حريصًا على فهم شيء أكثر في شأن أشخاص بأعراض نفسية أكثر مما يقر به السلف أصحاب الفكر التقليدي، وعليه، من شأن الطب النفسي المعاصر أن يستفيد من إعادة النظر في بعض من أفكاره.

الفصل الثاني والعشرون

ما وراء الانتقائية
دمج الباثولوجيا النفسية
والفارماكولوجيا النفسية

ولأن كل مدرسة فكر تمثّل توجهًا ذهنيًا مهمًا إزاء الحياة والبشر وتجذب نمطًا معينًا من الطباع بشكل كبير، فعلى الشخص الذي يعنيه التفوق في الطب النفسي أن يقاوم السحب القوي في اتجاه بعينه أو في اتجاهٍ آخر، إضافة إلى ذلك، لا يريد الطبيب النفسي أو المختص في علم النفس أن يكون ببساطة انتقائيًا، بمعنى أنه يستجلب كل ما يسره من مصادر متنوعة، بل يريد أن يكون متعدد الرؤية، بإمكانه أن يستخدم كل المناهج المتاحة.

لستن هافنز، 1973م

(1)

تعدّ الانتقائية، في تعليم الطب النفسي، مقاربة متقدمة وسائدة تعكس عدم الانحياز النظري ومقاربة بيوسيكو اجتماعية غير متحيزة، ومع ذلك، تبعًا للضغوط الاقتصادية للعناية المدارة وتأثير التطورات على البحث التجريبي، ميز بعض الملاحظين انزياحًا طفيفًا في برامج تدريس الطب النفسي في اتجاه المقاربات البيولوجية مع انخفاض مصاحب في التدريب على العلاج النفسي، وقد فشلت درجة الالتزام العالية بالانتقائية في وضع حد لهذا التغيير.

وتمثل المقاربة المتعددة الأوجه البديل المناسب، بحيث يقر بأن مقاربات نظرية معينة من الأفضل أن تطبق على اضطرابات مخصوصة فهو يدعم مقاربة اندماجية للعلاج حيث تستخدم كل تقنية علاج نفسية مع العلاجات الفارماكولوجية النفسية المناسبة، حينما تتطابق مع اضطراب نفسي وثيق الصلة بتلك العلاجات، وعلى نحو مقابل، تسمح المقاربة الانتقائية على المستوى العملي بتطبيق كل من العلاج النفسي والفارماكولوجيا النفسية على كل الاضطرابات تقريبًا، وسنوضح هذه الميزة أدناه.

علاوة على ما تقدم، تدرس برامج التربية النفسية العلاج النفسي من خلال الإشراف الفردي منفصلًا عن التدريب الفارماكولوجي النفسي الذي يقدم في العيادات أو الأجنحة التي يؤوى بها المرضى، وبالرغم من أن هذه المقاربة ستبقى لها مكانتها دون شك، أقول ها هنا إن تدريس العلاج النفسي يمكن أن يدعم بضم تعليم مكمل خاص بالعلاج النفسي كجزء أساسي من التدريب الفارماكولوجي النفسي، وقد تساعد هذه المقاربة للتعليم النفسي، رغم كونها مبسطة في الكثير من الأحيان، في توضيح الأدوار الموكلة إلى العلاج النفسي والفارماكولوجيا النفسية في النظرية والممارسة النفسية الحديثة، للجيل القادم من الطلبة والأطباء.

(2)

تعدّ الكلمات الأدوات الرئيسة التي يمتلكها العلاج النفسي، وأحد وجهات النظر التي وضعها هافنز تتمثل في أن تقنيات العلاج النفسي تتطلب طرقًا مختلفة لاستخدام الكلمات، ويقسم هافنز تقنيات العلاج النفسي إلى أربع مدارس رئيسية، بناء على معنى وصفي واحد، يعنى بأساليبها في استعمال الكلمات: فتستخدم مدرسة التحليل النفسي الكلمات لتفسير مختلف المعاني المخفية، وأما المدرسة الوجودية فتستعمل كلمات لتشكيل عملية تعاطف مع ما يقصده المريض من معنى، في حين تستعمل المدرسة الموضوعية الوصفية (والتي تشمل أنواع داعمة من العلاج النفسي) الكلمات لتظهر تعاطفها مع المريض، وأما المدرسة البين ذاتية فتستخدم الكلمات لفك شفرة ما يأتي من المريض من انحرافات في فهم المعنى (كما سيناقش بصورة مقتضبة).

يعكس التعامل الجيد من طرف الطبيب براعة علاجية نفسية بالكلمات، ويحصل هذا التعامل بطريقة عفوية ولا إرادية. إضافة إلى ذلك، يحتاج المختص في علم الأدوية النفسية أن يبدأ من حيث ينتهي الطبيب بما أنه ينطوي على الحاجة إلى معالجة مخاوف المريض العاطفية بشكل مباشر بطريقة قد لا تسمح بتأثير طريقة السرير.، وبالتالي، يجب أن يكون استعمال مقاربات العلاج النفسي أكثر صراحة في علم الأدوية النفسية منه في الطب العام.

سأقدم أمثلة من أنواع مختلفة للعلاج النفسي الموجهة إلى اضطرابات نفسية معينة تعالج كذلك بالأدوية، وعند قراءتها، ينبغي على المرء أن يضع نصب عينيه الاقتراح الرئيس لهذا الفصل: من خلال تدريس أنواع العلاجات النفسية الخاصة باضطرابات بعينها في الوقت نفسه الذي يحصل فيه تدريس علم الأدوية النفسية ذات الصلة، هذا ويقع توسيع مقدار تدريس العلاج النفسي المتاح في برنامج الإقامة الطبية المعاصر النموذجي.

(3)

تتطلب تقنيات العلاج النفسي الداعمة في المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية متوسطة الخطورة، من قبيل الأنماط المعتدلة للقلق أو الاضطرابات الوجدانية، نقاشًا صريحًا مباشرًا لمخاطر العلاج وإيجابياته وعلاقة مهنية واضحة تستند كفاءة الطبيب في العلاج والتزام المريض بالتعاون بأمانة. وعلى ضوء منظور، رغم أنه مبسط، ليست العلاقة العلاجية النفسية هنا مختلفة عن أغلب العلاقات الأخرى في الحياة، حيث تلفظ الكلمات عن قصدية طفيفة أو عن معنى مقصود وراء ما هو سطحي، ويراد منها أن تعزز شعور المريض بذاته في مواجهة الأعراض المزعجة ولكن ليس الساحقة، وتقديم المعلومة لاتخاذ القرار الحر، فهدف الطبيب من هذا المنهج هو قول الحقيقة وجعل عقل المريض هادئًا.

(4)

جانب جوهري من جوانب العلاج النفسي في حالة الاكتئاب متوسط الدرجة ينطوي على التعاطف، فيعاني مرضى الاكتئاب من آراء مميتة، فهم غير قادرين على تصور ما وراء تلك الآراء، وقد يكمن الاعتراف بالحاجة إلى الدواء خلف أفق وجهة النظر المكتئبة، وكذلك يشعر مرضى الاكتئاب بالحاجة إلى أن يكون الطبيب متصلًا بمحتوى تجاربهم الاكتئابية، وتأتي بعدها مهمة المختص في علم الأدوية النفسية باللجوء إلى التعاطف للغوص في آرائهم إزاء العالم وكسب ثقتهم وتخليصهم منها بالشكل المرضي، والغاية من ذلك هي أن يكون بإمكانهم أن يروا الحاجة إلى العلاج بالأدوية، ويمكن أن تتحقق هذه المهمة بتوظيف اليأس الوجودي الخاص بنا، الشيء الذي يجب أن يكون متاحًا لكل البشر عند التأمل في هكذا حالات، كأداة لاتصال بالمرضى الغارقين في الآراء الوجودية الكئيبة، فالهدف هو مدّ جسر تواصل مع المرضى، فيأتي العلاج كله عقب ذلك الاتصال الأول.

يمثل التفسير التقنية الثانية في العلاج النفسي في حالة اضطرابات الشخصية من درجة خفيفة إلى درجة متوسطة (خاصة نوع الاضطرابات الحدية والنرجسية) واضطرابات وجدانية من صنف خفيف إلى متوسط، وهو التقنية الأكثر شعبية على الأرجح بشكل عام، وقد يستهل التعاطف العملية التي يشعر المرضى من خلالها أن آرائهم مفهومة غير أنهم قد يحتاجون إلى تفاسير عميقة لنمط تفكيرهم ومشاعرهم لكي يشعروا أنهم قابلون للفهم بشكل أفضل.

(5)

في حالة الأمراض النفسية الحادة، مثل اضطرابات الشخصية الحادة ومرض الفصام والاضطرابات الوجدانية الحادة (الاكتئاب الهواسي والاضطراب ثنائي القطب)، تحتاج أوجه العلاج النفسي أن تصبح في آن واحد أكثر بساطة وأكثر تعقيدًا مما هي عليه في العلاج النفسي التقليدي، لا بد أن تكون أكثر بساطة لأن المريض الذي يعاني من حالة نفسية حادة في أمس الحاجة إلى النشاط الأساسي لتعزيز الأنا من العلاج النفسي الداعم، وبما أن الشفاء التام نادر في حالة المرض

الحاد، فإن المأزق الدائم إذن هو في الانتكاس أو سوء الأداء باستمرار، ويؤدي العلاج النفسي الداعم وظيفته هنا بتحفيز المريض للتركيز على الجوانب الإيجابية للشفاء، عوضًا عن الجوانب السلبية لعدم المقدرة على المتابعة، وبالإضافة إلى ذلك، يمكن للتعاطف الصريح في العلاج النفسي الداعم، كحال الطريقة الطبية التقليدية، أن يقلص من حس الوحدة والقصور الذي يعاني منه المريض.

كذلك، تحتاج تقنيات العلاج النفسي في إدارة العلاج النفسي للمرض الحاد أن تكون متطورة إلى حد ما، أحيانًا لها نفس دقة تلك التقنيات المستعملة في العلاجات النفسية الرسمية، كما هناك حاجة إلى حساسية خاصة في العلاج النفسي بسبب جنون الارتياب، إن نقيض التحالف العلاجي الموثوق به، متفش في المرض النفسي الحاد، وقد يتخذ شكل التماهي المدفوع والغضب الموجه إلى الطبيب. بينما يترجم في الحالات النفسية الحادة، بصفة مباشرة في شكل جنون ارتياب وهلوسات، أما في حالة الاضطرابات الوجدانية الحادة (خاصة الاكتئاب الهوسي)، يمكن أن يترجم في قالب رفض مرتاب تجاه المقاربات التعاطفية الصادرة عن الطبيب.

قد تؤدي التقنيات الارتدادية العكسية وظيفتها حال فشل الميل الشعوري والتعاطف والتفسير لمختلف الحالات، وبعبارة أخرى، إنه في حالة الاضطرابات الهواسية والوجدانية واضطرابات الشخصية تصبح المقاربات العلاجية النفسية الارتدادية ذات أهمية.

يعد الارتداد العكسي فكرة أنشأها هاري ستاك سوليفان (1954)، وكما عرفه هافنز (1983) في أبسط أشكاله، فإنه يتطلب العملية المنطقية التالية: يقول المريض: «أنت جاك» وهذا القول انعكاس لشعوره الخاص إزاء تمثل داخلي لموضوع يشار إليه برجل اسمه جاك، وحين يقوم الطبيب بالرد العكسي، يحتاج إلى أن يقنع المريض بالقضية (ما حمله التلفظ) التالية: «لا أنا لست جاك، أنا جيم، إن جاك هناك»، فجاك هناك في العالم الخارج، وليس داخل الطبيب (حيث يضعه الإلقاء)، ولا في ذهن المريض (حيث يقع حقيقةً)، وفي هذا المستوى من العلاج، وليس للمريض بشكل حاد القدرة على أن يسمح بمشروعية تواجد الفكرة بأن جاك يكمن

في داخله أو داخلها باعتباره تمثل داخلي لموضوع، وتجدر الإشارة إلى أن من خلال ارتداد عكسي متكرر وحده يمكن للطبيب أن يبدأ بإقناع المريض أن الطبيب، على الأقل، ليس جاك، وإذا استطاع المريض قبول تلك الحقيقة، يمكن أن يبدأ آنذاك العلاج الدوائي النفسي، وفقط حينها يمكن للمريض أن يغير مجرى جنون الارتياب المتمثل بارتباط مفهوم جاك بالطبيب بعيدًا عن الطبيب وفي اتجاه كل من اسمه جاك في العالم الخارجي، وبتآمرهما ضد كل من اسمه جاك، يكون الطبيب والمريض متحررين لتشكيل نوع من الاتحاد العلاجي النفسي، ويعد هذا الاتحاد سطحيًا نوعًا ما، ولكن في مقام العلاج الفارماكولوجي النفسي، ويمكن أن ينشئ فقط ما يكفي من قوة في عالم جنون الارتياب الذي يعيشه المريض، ليسمح بقبول المريض بالعلاج الدوائي، ومع هذا القبول يمكن أن يتبدد جنون الارتياب بيولوجيًا، وبالتالي يجعل الارتداد العكسي غير ضروري والسماح بقدر آخر من العلاج النفسي بالاستمرار.

(6)

يمكن أن يلتبس الأمر في الكثير من الأحيان عند دارس الطب النفسي اليوم، وسبب هذا الالتباس هو مدارس الفكر التي تنتمي إلى الطب النفسي، وخاصة المقاربات المختلفة للعلاجات النفسية والفارماكولوجيا النفسية، وتدرس هاتان المقاربتان المختلفتان بشكل منفصل، لكن كما أشرت أعلاه، أقترح تدريسهما معًا دون فصل في شكل مندمج، وقد يكون الإطار النظري لهافنز نقطة انطلاق مهمة، واستخدامه الرئيسي هنا يتمثل في أنه يسمح بالاعتراف بأهمية مقاربات علاجية نفسية معينة مستخلصة من مدارس فكر معينة للطب النفسي، بالتوازي مع تناول الأدوية في مختلف حالات الاضطرابات النفسية، وبناء على ذلك، كل واحدة من هذه المقاربات المختلفة تمنح لها شرعية محددة وإن كانت محدودة، وتعد هذه التعددية نظريًا أكثر تفصيل من المقاربة الانتقائية التقليدية، وعلى ضوء تجربتي في هذا المبحث فهي تظهر أكثر وضوحًا لدارسي الطب النفسي الجدد.

قد يذهب الممارس في الطب النفسي والمدرس المتقدم في تحصيله المعرفي إلى أن هذه المقاربة تبدو في غاية التبسيط، في الوقت الذي يكون فيه الطب النفسي

نظريةً وممارسةً أكثر تعقيدًا مما يتصور، ولا شك أن لتطبيق التقنيات العلاجية النفسية المخصوصة على ماهيات باثولوجية نفسية معينة حدود، لذلك، غالبًا ما يتوجب دمج هذه التقنيات وترتكز الشروط المعينة لاستخدامها على ظروف معينة للعلاج الخاص بكل مريض، وأتطلع هنا فقط لأقدم إطارًا عامًا في اتجاه دمج المناهج العلاجية النفسية في فضاء الفارماكولوجيا النفسية، ولا ريب أنه في الممارسة الفعلية، سيكون هذا الاندماج أكثر تعقيدًا مما أقدمه هنا قصد توضيحه، ومع ذلك، تعنى هذه المقاربة المندمجة في تدريس العلاج النفسي والفارماكولوجيا النفسية للطلاب الجدد بوظيفتها باعتبارها تمهيدًا في اتجاه مد أرضية نظرية ممكنة في هذا المجال المتشعب، وأن يكون الأمر مبسطًا له فضل قابليته للفهم، وهو خاضع لأن يعمق النظر فيه وجعله أقل جمودًا بإجراء تجارب إضافية، وحسب تجربتي، يتفاعل الطلبة إيجابيًا مع هذا النوع من التمهيد الذي أساسه بنية محكمة للمبحث، الشيء الذي ساعد على تبديد الغموض المضني الذي يلقاه الكثيرون في البداية عند مواجهتهم لجوانب إكلينيكية وتاريخية متشعبة يعرفها الطب النفسي.

الجزء الثالث

ما بعد الانتقائية

الفصل الثالث والعشرون

وصل ثنائية علم البيولوجيا وعلم النفس
آمال الاندماجية

(1)

إن الانقسام الأساسي الذي شرحته في الفصل 2 حيث ناقشت فلسفات العقل الراهنة هو الفصل بين الثنائية والأحادية، وكانت الثنائية هي الأكثر قبولًا حتى القرن العشرين وهي الفكرة الأساسية القائلة بأن العقل والدماغ منفصلان، وهما ماهيتان غير متصلين عمومًا، كما أن الفلسفة المعاصرة متأثرةً أيّما تأثر بالتطورات الحاصلة في العلم، ويقبل أغلب الفلاسفة على الأرجح القول القاضي بأن العقل مرتكز على الدماغ، بمعنى أن دون دماغ لا وجود للعقل، وكذلك ينحاز جل العلماء إلى هذا الرأي كما يفعل جل الأطباء.

رغم أن لا حياة للثنائية نظريًا، فهي موجودة ممارسةً، وهذا يرجع سببه إلى أن العديد من عامة الناس لا يزالون متشبثين بنظرية العقل القائمة أساسًا على الثنائية، وأنا هنا لا أريد القول بأن العاميين مخطئون ببساطة لأن العلماء والعديد من الفلاسفة لم يعودوا ثنائيي النزعة، ويطيب لي أن أعتقد أن الثنائية قد أسيئ فهمها، ولكنه نوع من الغطرسة أن نجادل ضدها ببساطة بناء على الاتفاق السائد بين آراء الفلاسفة والعلماء، ويبدو أن الثنائية قد أحدثت جدلًا واسعًا وسط التطورات الحاصلة في العلم، فأظهر داروين أولًا وبعده أينشتاين أن العديد من الاعتقادات القائمة على مملكة أخرى من الوجود (الإلهي) يمكن أن تفسر في إطار مملكة العالم الطبيعي، فوسع علم الأعصاب تدريجيًا نطاق نفس التفسيرات على الدماغ.

يظل مبدأ الثنائية مشكلة في إطار الممارسة وليس فقط لأن العديد من الأشخاص هم ثنائيون على المستوى النظري (رغم أنه في الغالب يكون لا شعوريًا)، بل كذلك، لأن الأحادية المباشرة الواضحة تلقى قدرًا كبيرًا من النقد الفلسفي، ويقر هذا الضرب من المادية بأن العقل ببساطة هو (بالأحرى هو مرتكز على) الدماغ، وتختزل هذه المقاربة العقل في الدماغ، وعليه، يمثل هذا الرأي مادية اختزالية، هذا ووجهت عدد من الانتقادات الفلسفية لهذه الطريقة من التفكير مثل مشكلة الكواليا (التجارب الشخصية المعاشة) ومواضيع أخرى نوقشت في الفصل 2، وعلاوة على ذلك، لم يبلغ بعد إلى النقطة حيث يكون فيها الانتقال الفعلي للظواهر العقلية إلى ظواهر دماغية واضحًا جليًا.

وبناء على ما تقدم، هناك عدد من المحاولات لتجنب الثنائية والمادية الاختزالية مثل الانبثاق وبعض أنواع الوظائفية، فهذه أمثلة من **المادية غير الاختزالية**، وحسب هذا الرأي، بالرغم من أن العقل يرتكز على الدماغ، لا تُختزل الظواهر العقلية إلى حالات دماغية، ولذلك أعتقد أن المادية غير الاختزالية تضفي أكثر دلالة في فلسفة العقل على ضوء ما تشكله من حالة معرفية راهنة، وفي الطب النفسي، أقترح أن مقاربة متعددة الأوجه تؤدي وظيفتها على أكمل وجه، وأن التعددية يمكن أن ترتبط بالانبثاق أو بعض أنواع الوظائفية باعتبارها فلسفتها الجوهرية المرتكزة على العقل، وقد أشرت إلى إفادة المقاربة متعددة الأوجه للعديد من الظواهر الإكلينيكية في الطب النفسي في الفصول الأولى.

ثمة منظور مرن آخر على الأقل في الطب النفسي الحالي الذي يعد غير اختزالي ومناهضًا للثنائية، وأسميه **المنظور الاندماجي**، والذي يعدّ جذابًا أكثر من التعددية في رأي العديد من الأشخاص، هذا وسأناقش في الفصل الموالي لماذا لا تكون التعددية، إن أخذت بالاعتبار بجدية، جذابة لكل فرد، وفي المقابل، فإن عوامل الجذب في الاندماجية كثيرة، ويعد إريك كاندل مناصرًا مواليًا لهذا الرأي وهو عالم أعصاب وطبيب نفسي مشهور، وسأقيم في هذا الفصل، نقاط قوة الموقف الاندماجي وحدوده والكشف عن بعض مزاعمه وآثاره.

(2)

إن أهم ما يلفت النظر إلى الاندماجية يتمثل في أنها تعد بأن تكون نظرية تفسيرية واسعة النطاق للطب النفسي، فدائمًا ما يسعى الإكلينيكيون والمرضى إلى تفسير نهائي لكل شيء، كما باءت ضروب الدوغمائية التي يعرفها التحليل النفسي (وهو الذي يعتمد على نظرية ثنائية العقل والدماغ) والاختزالية البيولوجية بالفشل، لهذا تعدّ الاندماجية ببديل متناغمة أوصاله.

تعدّ المزية الأخرى للاندماجية في أن ملامحها تبدو جيدة، ولأن الانتقائية والتعددية تبدوان لا أذى ولا ضرر فيهما، يبدو أن لا أحد يريد أن يكون معارضًا لصدى الاندماجية المميز ولكن كحال الانتقائية والتعددية، يطرح السؤال عما تعنيه الكلمة، فتوجد العديد من إمكانات عدم التوافق.

وكذلك، لأولئك الذين يريدون أن يكونوا ماديين قدر المستطاع، فللاندماجية القدرة على تجنب كثير الكلام في الظواهر التي لا علاقة لها بالدماغ، وهذا يتعارض مع التعددية، الشيء الذي يستوجب الإرادة للأخذ بعين الاعتبار ظواهر أو جوانب من الظواهر العقلية التي تفهم بشكل أفضل وبصفة منفصلة عن فيزيولوجيا الأعصاب.

فلهذه الأسباب وغيرها، للاندماجية مميزاتها، ولكن ما الذي تعنيه حقيقةً؟

(3)

ناقشت المفاهيم الأساسية للاندماجية في الفصل 1، وفي هذا الفصل سأعالج هذه الأفكار في إطار عمل إريك كاندل، وبعدها سأتوسع في آثار هذه المقاربة باعتبارها نظرية عامة للطب النفسي مركزًا كذلك على حدودها.

عبر كاندل عن أفكاره الناضجة في مقال عام 1998 بعنوان: «إطار فكري جديد للطب النفسي» بالاعتماد على خطاب ألقاه بمعهد مدينة نيويورك للطب النفسي، وتبع هذا المقال مقال آخر بارز نشر في **صحيفة الطب النفسي الأميركية** (كما حال المقال الأول) بعنوان: «علم البيولوجيا ومستقبل علم التحليل النفسي»

(1999)، وهو الذي مثل رده على عدد من الانتقادات وجهت للمقال الأول، ومنذ أن تحصل كاندل على جائزة نوبل عام 2000، كسبت آراؤه شهرة أكبر واسترعت انتباهًا محترمًا.

يعرض كاندل في مقاله الأول تكوينه في مجال الطب النفسي في مركز الصحة العقلية بماساتشوستس من مدينة بوسطن في ستينيات القرن العشرين بمزيج من مشاعر الحنين والندم، فمن الواضح أن كاندل له حنين إلى تلك الأيام حينما كان التحليل النفسي أكثر نشاطًا وتأثيرًا، ولكنه عانى عدم مبالاة أساتذته في مجال علم النفس إزاء التجريبية والعلم والبحث، فسلك كاندل مسلكه، مكتسبًا خبرة في أساسيات البحث العلمي في المعاهد الوطنية للصحة ومشكلًا ملامح مسيرته في علم الأعصاب، ومع ذلك، تأثر بحثه بانفتاحه المبكر على التحليل النفسي، مؤديًا ذلك إلى تركيزه على آليات الذاكرة والتعلم، وبالنظر إلى أحداث الماضي، يدين كاندل بشكل واضح زعماء التحليل النفسي لتجاهلهم المنهج العلمي، لما ألحقوه من ضرر لأنفسهم ولمبحث الطب النفسي ككل، وأدى هذا النقد إلى العديد من ردود الأفعال التي أوردها كاندل في مقاله الثاني.

ولكن قبل أن أعرض تقييمًا لآراء كاندل في التحليل النفسي، أريد أن أذكر بالمبادئ التي يؤمن بها كاندل والتي رسمها لإطاره الفكري الجديد، الشيء الذي أعتبره من المكونات الأساسية للاندماجية، ويضعها في خمسة مبادئ وهي كالتالي:

يمكن أن يلخص هذا الإطار في خمسة مبادئ تشكل بطريقة مبسطة، رأي البيولوجيين الحالي في خصوص علاقة العقل بالدماغ.

المبدأ 1. تنحدر كل العمليات العقلية، وحتى النفسية منها الأكثر تعقيدًا، من الدماغ... وكنتيجة لذلك، تعد الاضطرابات السلوكية التي تسمى المرض النفسي اضطرابات في وظيفة الدماغ، وحتى في تلك الحالات حيث تكون أسباب الاضطرابات ناتجة أصلًا من المحيط...

المبدأ 2. تمثل الجينات محددات ضرورية لنسق الارتباط بين الأعصاب، وكنتيجة لازمة لذلك، كل مكون يساهم في تطوير الأمراض العقلية الرئيسية هو جيني.

المبدأ 3. بما أن تآلف المجموعات الجينية يساهم في تحديد ملمح السلوك، يمكن آنذاك للسلوك والعوامل الاجتماعية أن تملي أعمالًا على الدماغ بالرد عليه ليعدل عمل الجينات، وبالتالي وظيفة الخلايا العصبية، فينتج التعلم تغيرات على مستوى عمل الجينات، وعليه، كل ما ينتمي إلى «المكتسب» يعبّر عنه في النهاية كـ «متأصل في طبيعة الإنسان».

المبدأ 4. تسبب التغيرات الحاصلة في عمل الجينات الذي يفرضه التعلم تغييرات في أنساق الارتباطات العصبية، فلا تساهم هذه التغييرات فقط في الأساس البيولوجي للعنصر الفرد، فهي قد تكون كذلك مسؤولة على إحداث أنواع شذوذ في السلوك والمحافظة عليها، والتي تتشكل عن طريق وقائع اجتماعية طارئة.

المبدأ 5. ما دام العلاج النفسي أو مقابلة المعالج فعَّالًا وينشأ عنه تغييرات بعيدة المدى على مستوى السلوك، من المحتمل أن يحدث ذلك كذلك عن طريق التعلم، بإحداث تغييرات في عمل الجينات والتي تغير مدى قوة الارتباطات العصبية وتغييرات بنيوية تغير النسق التشريحي للارتباطات بين الخلايا العصبية الموجودة في الدماغ، ومع زيادة دقة تصوير الدماغ، ينبغي أن يُسمح أخيرًا بتقويم كمي لنتيجة العلاج النفسي. (1998، 460)

خلاصة القول، هذا هو نموذج كاندل الاندماجي للطب النفسي، حيث يكون المبدأ الأول ببساطة هو المادية غير الاختزالية حيث يعتمد العقل على الدماغ، وعلى مستوى واحد، يتمثل المبدأ الثاني والثالث في أن الجينات والمحيط يساهمان في تشكيل معالم الدماغ، وبالتالي، إذا ما يصل المرء بين هذه المبادئ الثلاثة، يتحصل على الحجة المنطقية التالية:

.1. العقل معتمد على الدماغ.

.2. الدماغ معتمد جزئيًا على الجينات.

.2.أ. إذن، العقل معتمد جزئيًا على الجينات.

.2.ب. بالتالي، تعتمد الظواهر العقلية الشاذة جزئيًا على الجينات.

.3. الدماغ معتمد جزئيًا على المحيط الاجتماعي.

.3.أ. إذن، العقل معتمد جزئيًا على المحيط الاجتماعي.

.3ب. وعليه، تعتمد الظواهر العقلية الشاذة جزئيًا على المحيط الاجتماعي.

وبناء على ما تقدم، ليس هذا الملخص مستحدثًا رغم أنه صحيح منطقيًا، فتكمن حداثة مقترح كاندل فيما انتهى إليه المبدأ الثالث، وكذلك المبدآن الرابع والخامس، وكلها لها تباينات على موضوع عام يتمثل في أن المحيط يؤثر على الدماغ بصفة مباشرة، رغم التغيرات العصبية، كما يبينه مفهوم المرونة العصبية، وتجدر الإشارة إلى أن عمل كاندل في علم الأعصاب حول مسألة التعلم والذاكرة، قد ركّز على هذا المفهوم واتسم بالبراعة في تثبيت قيمة المرونة العصبية وأهميتها، وطالما أبدى كاندل اهتمامًا بالعلاقة بين العلاج النفسي والتغيرات التي تطرأ على الدماغ والتي تنشأ عن طريق المرونة العصبية (ورد ما سبق ذكره في مقال عام 1979 تحت اسم «العلاج النفسي والمشبك الوحيد»)، وبالتالي، يمكننا أن نضيف عنصرًا رابعًا لمقترح كاندل:

.4. يؤثر المحيط الاجتماعي على الظواهر العقلية الشاذة بواسطة الدماغ.

.4أ. تؤدي العلاجات النفسية، سواء كانت بيولوجية أو نفسية، وظيفتها من خلال آلية التغيرات التي تحدث في الدماغ.

يعكس المبدآن الثالث والرابع مراحل الاندماجية، وإذا ما قبلنا بأن الدماغ متأثر بالمحيط الاجتماعي، وأن المرض العقلي متأثر جزئيًا بالمحيط الاجتماعي، عندها يكون الدماغ الواسطة الرابطة بين المحيط الاجتماعي والمرض العقلي، فتظهر الاندماجية عند ذلك الوصل بين الدماغ والمحيط الاجتماعي.

(4)

يقر كاندل بأن تفاصيل هذا الربط بين المحيط والدماغ غير مفهوم بشكل جيد، ولكنه يعتقد أن ما في الأمر سوى مشكلة وقت وجهد لا غير قبل أن يوضح هذا الربط، ويقدم مثالين في مقال له صدر عام 1998.

يأتي المثال الأول من عمله مع حلزون أبليزيا، وقدم نتائج عمله كالآتي: كان

للحيوانات الخاضعة للتعلم المراقب الذي نتج عنه ذاكرة طويلة المدى ضعف ما لدى الحيوانات غير المدربة من نهايات ما قبل المشبك، وبالإضافة إلى ذلك، تخلف بعض أنواع التعلم، مثل التعود طويل المدى، تغييرات معاكسة، بحيث تؤدي إلى تقهقر الارتباطات المتشابكة وبترها، هذا وتبدو هذه التغيرات المشتقة علامة فارقة في الذاكرة طويلة المدى، فهي لا تظهر بالذاكرة قصيرة المدى» (1998، 464).

وبعبارة أخرى، في الوقت الذي يتذكر فيه المرء شيئًا، يكون الدماغ متغيرًا، وإن يتذكر المرء شيئًا لفترة طويلة من الزمن، يتغير الدماغ بطريقة مختلفة عن حين تذكره لشيء لفترة قصيرة المدى، فيغير المحيط عندها الدماغ على مستوى تركيبه البنيوي! ويبدو هذا يقينًا أنه يبرهن على الاندماجية بين العقل والدماغ، مؤكدًا أن هذه الاندماجية هي اتجاه أساسه علاقة تأثير وتأثر.

يتضمن المثال الآخر دراسة أقامها كاندل على مجموعة من القردة:

«عند تحفيز قردة بالغين لاستعمال الأصابع الوسطى الثلاثة من اليد دون الأصبعين الآخرين لتناول الطعام، وبعد آلاف المحاولات، حصل اتساع كبير في منطقة قشرة المخ المخصصة للأصابع الثلاثة على حساب المنطقة المخصصة بطبيعتها للأصبعين الآخرين، ونتيجة لذلك، فالممارسة وحدها من شأنها ليس فقط تقوية فعَّالية النماذج الموجودة للارتباطات ولكن كذلك تغيير الارتباطات المتعلقة بالقشرة المخية لتكييف أساليب جديدة للأعمال المنجزة» (1998، 465).

وباعتباره شكلًا آخر من أشكال التعلم، قد تساهم الممارسة فعلًا في نمو حجم الدماغ.

وهذا يضاف إلى حقيقة أن الدماغ عضو مرن يتأثر تأثرًا بالغًا بالمحيط: إنها لخطوة قصيرة انطلاقًا من هذه الملاحظة وصولًا إلى خلاصة إدوارد هاندرت التي سبق وقدمت في الفصل (3) حيث يستعمل هاندرت هذه النتائج ليقيم الحجة على أن العالم الخارجي يشكل الدماغ بالمعنى الحرفي للكلمة، مؤكدًا أن الدماغ بجسم الإنسان يمثل العالم الخارجي بشكل دقيق، وفي هذا الإطار، يرمي هاندرت إلى

بلوغ نفس النتيجة التي وصل إليها هيغل منذ ثلاثمئة سنة، ولكن الأمر في وقتنا الحاضر يرتكز على فكرة اندماج العقل والدماغ.

لا يقدم كاندل وهاندرت تفاصيل تبين كيف تكون الظواهر العقلية بالضبط ظواهر دماغية في غير هذه الأمثلة، ولكن ما تتضمنه هذه الأمثلة على ما أعتقد هو أن، من الناحية المبدئية، من الممكن أن تترجم الظواهر العقلية وظواهر الدماغ إلى بعضها بعضًا، كما أنني قدمت طريقة تفكير في شأن هذه المسألة في الرسم 1.2 من الفصل الأول.

وهنا تتمثل الفكرة (ليست صريحة في عمل كاندل وهاندرت، الشيء الذي أعتقد أنه منحدر منطقيًا كنتيجة من عمليهما) في أن الظواهر العقلية وظواهر الدماغ، في مستوى ما، قد تترجم بعضها البعض، فالسؤال المطروح هنا: فيم يتمثل ذلك المستوى؟ إنه ليس بمستوى الظواهر العقلية العامة (مثال، ما هو الإحساس برؤية اللون الأحمر)، وعلى مثل هذه المستويات من الظواهر العقلية العامة، تبدو فكرة الانبثاق ذات مصداقية، وليس للظواهر العقلية ارتباط مباشر بظواهر الدماغ، ومع ذلك، على مستوى دقيق من التحليل، يمكن أن تتجزأ هذه الظواهر العقلية إلى بنى ومبادئ معرفية في غاية البساطة، وهذه هي مهمة علم الأعصاب المعرفي، وبالتالي، يمكن للمجربين في تجربة الحلزون أبليزيا، أن يعالجوا التعلم الشرطي (مبدأ معرفي بسيط) لسلوك جد أساسي (بنية معرفية بسيطة في حيوان لا فقري بسيط)، وبإمكان الباحثين أن يبينوا أن هذا التعلم الشرطي لسلوك بسيط يفضي إلى تغيرات معينة في بنية الدماغ (نمو متشابك أو بتر)، وحينما يحدث هذا السلوك، توجد تغيرات الدماغ، وحينما توجد تغيرات الدماغ، يحدث ذلك السلوك، ولا يمكن لأحد منهما أن يظهر دون الآخر، فكل مرتبط ارتباطًا مباشرًا بالآخر، فيترجم أحدهما إلى الآخر.

لاحظ معي ثلاث نقاط رئيسية، فأنا لم أقل يختزل أحدهما في الآخر، ولكن يبدو واضحًا أن ظاهرة عقلية، ألا وهي تعلم السلوك، مرتبطة وجوبًا بظاهرة تحدث في الدماغ ومثال ذلك البتر المتشابك لمنطقة معينة من دماغ حلزون أبليزيا، إذن لولا وجود تغيرات الدماغ، لما ظهرت الظواهر العقلية، وبالإضافة إلى ذلك، ليس

المراد قوله هو أن البتر المتشابك لهذا الجزء من الدماغ هو نفسه تعلم هذا الضرب من السلوك، وعلى هذا النحو، يمكن القول بأن مثل هذا البتر المتشابك يسبب، أو يؤدي إلى هذا النوع من السلوك، وعلى أية حال، يعد هذا الانتقال ذا وجهين، لذلك، يمكن القول ها هنا أن تعلم هذا النوع من السلوك يسبب، أو يفضي إلى مثل هذا البتر المتشابك في هذا الجزء من الدماغ، فالانتقال ليس شبيهًا بالاختزال، وعليه، تظل الاندماجية ضربًا من المادية غير الاختزالية، وإلى هذا الحد، لا تلقى حجج المناصرين للثنائية وآخرين المناهضة للمادية الاختزالية رفضًا من طرف الاندماجية، ولا هم يؤثرون في الجدال المركزي حول الاندماجية.

ثانيًا، بينما كنا في حاجة إلى تحليل معرفي في منتهى الدقة للسماح بالانتقال إلى ظواهر الدماغ، نحتاج إلى رأي على درجة كبيرة من الاتساع بخصوص البنية العصبية للقبول بهكذا انتقال، كما تعتبر ظواهر الدماغ المتناهية في الدقة، مثل التغيرات التي تطرأ على النواقل العصبية وبروتين الخلايا، في غاية الدقة والكثافة وهو ما لا يسمح لها بأن ترتبط بوقائع معرفية معينة ارتباطًا مباشرًا.

أما ثالثًا، تظهر الأمثلة في حلزون أبليزيا من خلال تصميم لحيوان لا فقري صغير في غاية البساطة، حيث انتهى كاندل إلى أن آليات الذاكرة كانت جد دقيقة، الشيء الذي حال دون دراستها بالتوفيق الكافي في الفقريات أو الثديات الأكثر تعقيدًا، ولكي يكون قادرًا لجعل الارتباط الذي كان يبحث عنه قائمًا بين العقل والدماغ، كان عليه اللجوء إلى حيوان لا فقري بسيط ذي تركيبة عصبية بسيطة جدًا بالإضافة إلى مخزون سلوكي في غاية البساطة، وتجدر الإشارة، إلى أن ما يفعله كاندل هو تثبيت القول بأنه من الناحية المبدئية يمكن لانتقال تفاعلي بين العقل والدماغ أن يحدث، وساعة يقع إرساء هذا الزعم من جهة المبدأ يصبح مدى العلاقة الممكنة لهذه القضية بالكائن البشري من الدقة والتعقيد بمكان أكثر منه من الاحتمال والإمكان، وبعبارة أخرى، لدينا الآن مثال بيولوجي لاندماج العقل والدماغ، ولم تعد إمكانية حدوث نفس العملية عند البشر مجرد عملية ميتافيزيقية أو نظرية فهي ممكنة الوقوع بيولوجيًا.

(5)

هل تعتبر الاندماجية صالحة كتوجه؟ وهل هي مقاربة أفضل من التعددية؟

إنه لمبكر جدًا أن نجيب عن هذه الأسئلة بشكل قطعي. إن للاندماجية، كما قدمها كاندل، القدرة على تقديم نظرية عامة في غاية الأهمية والتي ستوفر على مستويات معينة نوعًا من الحلقة الواصلة بين علوم العقل والدماغ، بين الطب النفسي وعلم الأعصاب، ومع ذلك، سيكون تفسير الاندماجية على الأقل كما عرضتها غير اختزالي، بحيث تظل العديد من الظواهر النفسية تؤدي وظيفتها بشكل حر في العلوم الاجتماعية والطب النفسي وسيستمر البحث في العديد من الظواهر العلمية العصبية بشكل مستقل في مبحث البيولوجيا الجزيئية، فالتغيير مرتكز على استعمال لفظ العديد عوضًا عن كل، وبالتالي، ليس كل من التعددية والاندماجية إلى حد ما بمقاربتين غريبتي الأطوار، فلا يزال الاندماجي في حاجة أن يكون تعدديًا في مبحث الطب النفسي معترفًا بالحاجة إلى مقاربات نفسية خالصة ومقاربات بيولوجية صرفة وإلى حدودهما، حتى وإن يذهب الاعتقاد بالاندماجي، على مستوى ما، إلى أن المقاربتين يمكن أن تؤثرا وتتأثرا ببعضهما البعض، وعلاوة على ذلك، بالنسبة إلى تلك الظواهر القابلة للتحول، فمن الممكن للاندماجي أن يترنح بين المنطق البيولوجي والمنطق النفسي دون اختزال أحدهما إلى الآخر، إذن فقليلة هي معرفتنا في خصوص اندماج العقل والدماغ في الذات البشرية حيث لا بد أن يكون الاندماجيون في حيز الممارسة تعدديين، حتى وإن يقبلوا بالفكرة من ناحية المبدأ (ما لم يريدوا أن يقبلوا بأي من بديلي الدوغمائية أو الانتقائية).

ولكن ليس من السهل أن يكون الشخص تعدديًا.

الفصل الرابع والعشرون

لماذا من الصعب أن يكون المرء تعدديًا

الإنسان وحدة أوسع من أي منهج واحد.

هنري مودسلي

إن الإنسان مدار موضوع الطب النفسي، فما يميزه عن كل الأشياء الموجودة في العالم هو حقيقته بأنه باعتباره وحدة، لم يعدّ بإمكانه أن يصبح موضوعًا سوى العالم ككل، وحينما نهم بمعرفته، نعرف فقط شيئًا عنه عوضًا عن نفسه.

كارل ياسبرز

(1)

إن الخطر في تبني التعددية يكمن في السؤال التالي: «وماذا بعد ذلك؟»، وقد يميل القراء إلى طرح ذلك السؤال حينما أقدم مزايا التعددية، وعندما تقابل التعددية بلفظ الدوغمائية، لا يريد أغلبية الأشخاص أن تتوافق آراؤهم مع النزعة الأخيرة، ولكني أستخدم لفظ الدوغمائية بمعناها المختزل، فهي غالبًا نزعة دوغمائية إزاء شيء ما، وبالتالي، قد يكون المرء في الحقل السياسي محافظًا أو اشتراكيًا أو ليبراليًا ويحمل أفكارًا دوغمائية، فيعدّ مثل هذا الشخص دوغمائي الفكر، ولأولئك الأشخاص الدوغمائيين قواسم مشتركة أكثر مما يعتقد رغم انتماءاتهم الأيديولوجية المختلفة، فمن الممكن أن يكون المرء محافظًا أو اشتراكيًا أو ليبراليًا ولكن غير دوغمائي، ومثل هؤلاء الأشخاص لهم قواسم مشتركة بينهم وبين من

ينتمون إلى نفس الإيديولوجيات أكثر مما يُعتقد ولكنهم دوغمائيون[1]، وعلى نحو مماثل، في الطب النفسي، قد يكون محتوى الأيديولوجيا هو علم النفس التحليلي، وقد يكون علم الأعصاب، ولكن الدوغمائية تعكس التوجه الذهني التي يتبناه المنتمي إلى أحد الأيديولوجيات، كما أن هذا التوجه هو الذي يعدّ مهمًا أكثر من المحتوى، وأعني بالدوغمائية التوجه الدوغمائي، وعلاوة على ذلك، فأصحاب التوجه الدوغمائي لا ينغمسون في الدوغمائية، وليس لهم أن يقبلوا هذه التسمية أو ينكروها كما يشاؤون، فهم دوغمائيون أحبوا ذلك أم أبوا، وهناك العديد منهم يمارسون مختلف مهن الصحة العقلية اليوم.

وإلى جانب كونهم لا يريدون القبول بلفظ الدوغمائية، فإنهم ينظرون إلى التعددية على كونها خيار «ما بعد ذلك؟» لأنهم يرونها على صلة بالانتقائية، ومن هنا، ينبغي أن يكون من الواضح أن لا شيء يمكن أن يكون أبعد عن الحقيقة، إذ تعد الانتقائية المتجذرة في النموذج البيوسيكو اجتماعي الوضع الراهن في الطب النفسي، هذا وتمثل التعددية الخليفة غير المتوقع للهيمنة على مبحث الطب النفسي، وتجدر الإشارة إلى أن المباحث المجاورة ليس لها أي قواسم مشتركة إلى جانب معارضتها للدوغمائية، وأرجو أن يفهم كل من قرأ الفصول السابقة أن التعددية ببساطة ليست الانتقائية، وبالتالي لا يمكن أن تقبل بسهولة بنفس الكيفية التي تقبل فيها الانتقائية، وعلاوة على ذلك، يعدّ التوجه بأن «الداء قد ضرب كل مدارس الفكر» هو الطريق الصحيح المؤدي إلى الانتقائية، وهذا سهل، أما التعددية فالتعامل معها صعب.

في حقيقة الأمر، تمثل الاندماجية البديل الأقرب إلى التعددية، فهما غير متناقضين، ومن الصعب بلوغ منتهى أهدافهما.

لماذا من الصعب أن يكون المرء تعدديًا؟ وفيم تتمثل الميزة السلبية للنموذج

(1) يرجع هانس ازنك (1954) صلة مثل هذه السمات الخاصة بالشخصية إلى أيديولوجيا سياسية، لذا فإن الشيوعيين والفاشيين متشابهون رغم المضامين المناهضة لأيديولوجيات المتطرفة، فمن المحتمل أن يكون وليام جيمس أول من أقام الفرق الأساسي بين العقليات «المتحجرة» والعقليات «المنفتحة» التي شكّلت حسب ما يظنه جيمس أساس الاختلاف القائم بين آراء الفلاسفة، وأعتقد أن نفس الآثار تظهر في المعتقدات المختلفة حول المرض العقلي والطب النفسي.

البيوسيكو اجتماعي؟ سأفسر في هذا الفصل أن معظم الإكلينيكيين اليوم هم دوغمائيون تطبيقيًا وانتقائيون نظريًا، وسأنوه بعيب الحالة الراهنة بإخلاص أمام النموذج البيوسيكو اجتماعي، كما سأناقش أن قبولنا بالتعددية يعني محاربتنا للدوغمائية في كل ركن من أركان الطب النفسي الذي تغلغلت فيه، فهذا الأمر بمثابة حرب ضروس لا نهاية لها.

(2)

أجرى الأطباء النفسيون ج. ألكسندر بودكين وهارسون ج. بوب وروبرت كليتزمان عام 1995 دراسة رائعة تؤكد أن معظم الإكلينيكيين دوغمائيون في حيز الممارسة (بودكين وكليتزمان وبوب 1995)، وأرسلوا استمارة بحث إلى أربعمئة وخمسة وثلاثين طبيبًا نفسيًا أكاديميًا لغرض بتقييم ما إذا كانوا ذا توجه بيولوجي بالأساس أو ذا توجه علاجي نفسي، أو أنهم أثبتوا حجة على المزج بين كلا المقاربتين، إذ يزعم معظم الإكلينيكيين انفتاحهم على كلا المقاربتين والمزج بينهما بالانسجام مع النموذج البيوسيكو اجتماعي، كما انتهى الباحثون إلى أن بإمكانهم تصنيف نسبة 27 في المئة من الأطباء الممارسين كبيولوجيين ونسبة 37 في المئة منهم كمالجين نفسيين، والجدير بالذكر هنا هو أن هؤلاء الأطباء الممارسين يقضون أكثر من ثلاثة أرباع الوقت فقط وهم يعملون وفق مقاربتهم، وبالتالي، وبالتالي فإن 64 في المئة من الممارسين يقصرون ممارستهم على نهج أو آخر، وعادة ما تتبع وجهات نظرهم حول الطب النفسي نهجهم فقط، إذن فإن نسبة 64 في المئة من الأطباء النفسيين دوغمائيون و36 في المئة المتبقية هم انتقائيون يقضون تقريبًا نفس الوقت متراوحين في عملهم التطبيقي بين المقاربتين، فهؤلاء منتسبون إلى النموذج البيوسيكو اجتماعي.

تبدو هذه الأرقام الإحصائية مفاجئة لبعض القراء حيث كان الدوغمائيون ذوو التوجه العلاجي النفسي أكثر على المستوى العددي من الدوغمائيين البيولوجيين عام 1995، وهذا يعكس بشكل كبير الحقيقة بأن الطب النفسي قد هيمنت عليه الدوغمائية التحليلية النفسية لعدة قرون، وسيتطلب الأمر عقودًا لهؤلاء الأطباء

الممارسين لمغادرة الميدان وليعوضوا بدماء جديدة من الإكلينيكيين خالين من التحيزات القديمة، وقد تبدو نسبة 36 في المئة التي تمثل مجموعة النزعة الانتقائية نسبة منخفضة، ولكن أعتقد أن هذا الحاصل يبين كم أن الأطباء النفسيين لا يطبقون ما يزعمون، فلم يطالب بودكين وزملاؤه من كفلائهم أن يقدموا لمحة عن فلسفاتهم في الطب النفسي، ولكن حسب تجربتي أرى أن معظم الأطباء النفسيين يزعمون أنهم انتقائيون ذو توجه بيوسيكو اجتماعي، ومع ذلك، على مستوى الممارسة فإن ثلث هؤلاء فقط هم في الحقيقة انتقائيون، ويعد أغلب الإكلينيكيين انتقائيين فقط على المستوى النظري غير أنهم دوغمائيون على مستوى الممارسة.

هل هذه هي الحقيقة كاملةً؟ هذا ما يعتقد أنصار الموقف البيوسيكو اجتماعي، وفي هذا الصدد أصدر غلين كابرد وجيرالد كاي مؤخرًا مقالًا مشهورًا، وتلخص حجة كابرد وكاي بشكل منتظم عيوب المدرسة البيوسيكو اجتماعية، لذلك، سأعرِّج عليها هنا وبعدها سأفسر لم وكيف تكون التعددية في غاية الاختلاف والصعوبة.

(3)

استهل كابرد وكاي في مقال لهما بعنوان: «مصير العلاج المندمج: ما الذي حدث للطبيب النفسي ذي التوجه البيوسيكو اجتماعي؟» بتبني مشروعية الانتقائية ولوم سحبها على الآخرين: «يقر جل الأطباء النفسيين، وطبعًا هؤلاء قادة مبحثنا، فكرة أن الأطباء النفسيين مختلفون عن كل موظفي الصحة العقلية في كون تكوينهم وخبرتهم تسمح لهم بأن يكونوا الدامجين الأساسيين لوجهات النظر البيولوجية والسيكو اجتماعية التي يرتكز إليها فهم التشخيص والعلاج، ومع ذلك، تحول النموذج البيوسيكو اجتماعي الذي أذاع أنجل صيته إلى تجاذب سياسي في عصر العناية المدارة» (1956)، وتبرهن أول جملة من هذا المقال المرجعي على أنه من الصعب أن يكون المرء تعدديًا، حيث إن كابرد وكاي يعتقدان أن «جلّ» الأطباء النفسيين يمنون النفس بأن «تندمج» المقاربات البيولوجية والنفسية، وعلى القراء أن يدركوا أن هذا الاستعمال للفظ تندمج لا علاقة له بما أصفه بالاندماجية، بل

بالأحرى يعكس المزج الانتقائي للنموذج البيوسيكو اجتماعي، أما بخصوص موقفي من ذلك، فأنا باعتباري طبيبًا نفسيًا لا أحبذ دمج المقاربات البيولوجية والنفسية بالطريقة نفسها التي يقترحها النموذج البيوسيكو اجتماعي، وينبغي على التعددي أن يكون مخالفًا لهذا الزعم، فليست التعددية عندئذ وبشكل واضح مجرد مهمة سهلة، مهمة القبول بالزعم المشترك المشار إليه أعلاه الذي يقترحه «جلّ» الأطباء النفسيين.

يشير كابرد وكاي إلى أن بعض المعطيات تشير إلى أن أغلبية المرضى يتعرضون إلى العلاج النفسي بالتوازي مع العلاج الدوائي، وأن ذلك العلاج المزدوج يعد بالتالي مقياس الرعاية في الطب النفسي، ومع ذلك، يشهد هذا العلاج، وبشكل متنام، تطورًا من نموذج سابق يقدمه طبيب نفسي واحد إلى نموذج حالي يتقاسمه طبيبان إكلينيكيان أو أكثر، عادة ما يكون طبيبًا نفسيًا (طبيب عام ممارس أو ممرض) يهتم بجانب الفارماكولوجيا وأخصائي نفسي أو مرشد اجتماعي يهتم بجانب العلاج النفسي، وتجدر الإشارة إلى أنهما اقتبسا عمل عالمة الأنثروبولوجيا تانيا لاهرمان في خصوص كيفية قيام العناية المدارة بتعميق الاستقطاب بين المقاربات البيولوجية والنفسية في الطب النفسي:

> **«إن هذه المقاربات تعرض في محاضرات مختلفة وتعلم على يد أساتذة مختلفين، وترتبط بمرضى مختلفين، وتدرس في بيئات مختلفة، لقد زادت السياسات الجديدة من تعميق هذا الفرق بشكل حاد وأهملت الجانب العلاجي النفسي» (1956).**

وبعد هذا كله، أقام كابرد وكاي حجتهما، وهو ما يعارض الاختزالية البيولوجية:

> **«وفي هذه الكلمة، نرجو أن نؤكد أن ذلك العلاج المزدوج يمثل في عدة نواحي جوهر الممارسة النفسية والمثال الأوضح للقاعدة البيوسيكو اجتماعية التي ترتكز عليها قرارات العلاج» (1957).**

سأناقش أسفله أن العلاج المزدوج هو جوهر المقاربة الانتقائية للطب النفسي، ولكن إن يتوقف العمل بالانتقائية ويتم تعويضها بالتعددية، تصبح للمعالج مقاربة منفصلة أكثر اتصالًا بالطب النفسي، ولكن أولًا، دعوني أطرح عدد من القضايا التي

أوافق كابرد وكاي في شأنها بما أنهما يتبعان خط الحجة التي يدافعان عنها، كما أنهما يقدمان وصفًا للدراسات خاصةً تلك المتعلقة بالاكتئاب حيث كان العلاج المزدوج بالأدوية والعلاج النفسي أكثر فاعلية من الدواء فقط، ويبدو أنهما مستعدان وكلهما ثقة بالنفس لطرح الخلاصة الانتقائية الكلاسيكية الخاطئة: وبناء على ما تقدم، يعد العلاج المزدوج المركب من الأدوية والعلاج النفسي العلاج المفضل في الطب النفسي. والمشكلة التي تكمن في هذه الخلاصة تتمثل في أنها تعمم القول من خلال دراسات بحث محدد لحالات معينة مثل الاكتئاب إلى مجال الطب النفسي برمته، وهذا يبدو شبيهًا بالقول التالي: بما أن العلاج «أ» يعالج التهابات المجاري البولية، لا بد أن يستعمل لجميع الأمراض الالتهابية المعدية، ويمثل هذا وبشكل صريح خطئًا منطقيًا فادحًا، وإنه مع ذلك لأمر مثير للدهشة كم هو متواتر أن أسمع مناصري النموذج البيوسيكو اجتماعي يفعلون ذلك، هذا ولم يسقط كابرد وكاي وهذا يحسب لهما في هذا الخطأ الشائع، فهما يقران أن هذه الدراسات خاصة لحالات معينة مثل الاكتئاب، وحتى في تلك الحالات يبقى الأمر محصورًا في أنواع فرعية معينة فقط (يبدو أن مرضى الاكتئاب الأكثر حدة يستفيدون من العلاج المزدوج أكثر من مرضى الاكتئاب درجة متوسطة)، وعلاوة على ذلك، يؤكد كابرد وكاي كذلك نفس الفكرة التي ذكرتها في الفصل (22) فيما يخص فائدة التقنيات العلاجية النفسية في الممارسة الفارماكولوجية النفسية: «ينبغي أن تستخدم المبادئ العلاجية النفسية على النحو الأمثل في كل التقاء مع المريض، مع اعتبار 15 دقيقة من إدارة العلاج الدوائي، ويرتكز العلاج الناجح على اتحاد علاجي صلب، وتعزز تقنيات العلاج النفسي تركيبة ذلك الاتحاد» (1958)، أتفق كثيرًا مع ما سبق، باعتبار ما قدمته في الفصل 16 في ملاحظاتي بخصوص الاتحاد العلاجي كمهدئ للمزاج في حالة الاضطراب ثنائي القطب، وأضيف بالقول إن الفارماكولوجيا النفسية إن نفذت بشكل جيد والتي تتضمن استخدام التقنيات العلاجية النفسية، لا يمكن أن تدار أثناء فترة 15 دقيقة من «ملاحظات الطبيب»، وخلافا لذلك، يتطلب على الأقل 20 دقيقة، والأفضل 30 دقيقة، لزيارة فارماكولوجية نفسية ذات فائدة. ويتابع كابرد وكاي ليؤكدا ضرورة الامتثال للوصفات الدوائية (أو «التمسك»)، الشيء الذي يصلونه بأهمية المناهج العلاجية النفسية في الفارماكولوجيا النفسية، وها هنا أوافق على ذلك مجددًا.

ولكن لا تعكس هذه الأفكار العملية ضرورة العلاج النفسي الرسمي والعلاج الفارماكولوجي النفسي سواء كان ذلك على يد شخص واحد أو اثنين، ولكنها تعمل على تأكيد الحاجة إلى الفارماكولوجيا النفسية التي لا تعد فقط «ملاحظات الطبيب»، ويعني ذلك، الفارماكولوجيا النفسية التي تدعمها المناهج العلاجية النفسية.

أينما أدلى كابرد وكاي بموقفهما الجريء اقترفا خطأهما، وواصلا بالقول إن حضور معالجين منفصلين لأجل مريض واحد يعكس ثنائية ديكارتية وإن العلاج المزدوج يعكس الهوية المتماهية بين العقل والدماغ:

هناك وراء مسألة فاعلية التكلفة ثمن يتعلق بالقضية المفاهيمية لا بد أن يدفع بسبب تقسيم العلاج بين طبيب نفسي يقدم الوصفة الدوائية ومعالج نفسي غير منتمي للطب النفسي، ولمثل هذا الترتيب في الغالب المعنى الرمزي لكل الأطراف المرتبطة بالتصريح الضمني للثنائية الديكارتية التي تفكك بطبيعتها المريض إلى «دماغ» و«عقل»، وخلافًا لذلك، يصرح نموذج علاج الشخص الواحد اندماج العقل والدماغ في كل من منظور الطبيب النفسي ومنظور المريض، وطالما ارتبطت ثنائية العقل والدماغ بوجهة نظر في الطب النفسي، تقول بأن العلاج النفسي هو علاج خاص بالاضطرابات «ذات الأساس النفسي» بينما يجب أن تعالج الاضطرابات «التي أساسها الدماغ» بالأدوية، وما نشير إليه بصفة شائعة كـ«عقل» يمكن أن يفهم كنشاط يقوم به الدماغ، وينبغي أن يعمل العلاج النفسي بواسطة تأثيره على الدماغ، هذا وتوسع كاندل في كيف أن هذه العمليات يمكن أن تعمل على المستوى العصبي وعلى المستوى الخلوي.

أن نقول إن العقل مرتكز على الدماغ ليس طبعًا أن نقول إن الحالات العقلية يمكن أن تختزل بسهولة إلى الحالات العصبية، وكما يؤكد فلاسفة العقل/الدماغ المعاصرون، تتحدى ذاتية الوعي غير القابلة للاختزال الوصف بشروط مخالفة لما هو عقلي. وعليه، تتطلب لغة علم النفس ولغة علم البيولوجيا مستويين مختلفين من الخطاب عند التعامل مع حالة المريض، وبالتالي، يجب أن يكون الطبيب النفسي ذو النزعة البيوسيكو اجتماعية ثنائي اللغة على المستوى المفاهيمي.

يطالب نموذج علاج الشخص الواحد بأن يفكر الطبيب النفسي من جهة

الخلل الوظيفي للدماغ وكآبة الإنسان نفسيًا من جهة ثانية. وبينما يكون فعل التوازن بين الجهتين صعب المراس، فهو يكون كذلك جوهر الممارسة الدوائية والنفسية ويمثل نموذج هيغل البيوسيكو اجتماعي، فيقوم الطبيب النفسي، مثل أي طبيب آخر جيد، بمعالجة الشخص بأكمله.

يجد العديد من الأطباء النفسيين هذا الاندماج عملًا مرهقًا، وإنه لمن السهل أن تجعل سياسة العناية المدارة ضحية باعتبارها المسؤول الوحيد لما ينجر عن العلاج المزدوج من عوز، وعلى الرغم من ذلك، قد تنال الاختزالية البيولوجية إعجابنا جميعًا عندما يكون انغماس أنفسنا في المعاناة البشرية فائق الحد إلى درجة لا يمكن تحملها. (2001، 1959)

يقيم كابرد وكاي في هذا الجزء موقفهما الفلسفي الرئيسي، الموقف الذي سيميز حدوده قراء الفصول السابقة[1]، ويستدعي الأمر نقاش هذه المزاعم الواحد تلو الآخر. أولًا، لقد حصرا نفسيهما في دوامة الاندماجية التي ذهب إليها كاندل، مبعدين منطق الثنائية، وهذا مدعاة للفخر بما أن العقيدة التحليلية النفسية، بما شهدته من تطور، تبدو وأنها ذات منزع ثنائي حتى النخاع، وكما بين كاندل بشكل واضح جدًا في بحثه وفي مقال لاحق، كان زملاؤه المحللون النفسيون غير مهتمين بالدماغ إطلاقًا، فلم يعالج المحللون الدماغ باعتباره صندوقًا أسودًا فقط، وإنما كذلك احتقروا البحث في علم الأعصاب، وكانت المملكة النفسية تعتبر بالنسبة لعلم النفس التحليلي أكثر مما هو مطلوب، فلا شيء يمكن أن يكون أكثر ثنائية، ولذلك، يسعى كابرد وكاي الآن إلى الدفاع عن العلاج النفسي من زاوية نظر مناهضة للثنائية، خاصة جانب التحليلي النفسي منه، وما هذا في حد ذاته إلا تغيير جذري، وقد تعني حقيقة حدوثه اعترافًا مرحبًا به من جانب الأطباء النفسيين أصحاب التوجه العلاجي النفسي وهو اعتراف بضرورة المقاربة البيولوجية.

يدافع كابرد وكاي أساسًا عن العلاج النفسي مستخدمين لغة الانبثاق، أي: اعتماد العقل على الدماغ وليس ضرورةً أن تكون الظواهر العقلية مطابقة لظواهر الدماغ، ويمكنني هنا أن أوافق هذا الرأي، ويمكن أن أضيف: يحتاج الإكلينيكي

(1) لفت سكوت واترمان انتباهي في هذا المقال إلى سوء الفهم الجوهري للمسائل المتعلقة بالعقل والدماغ (التواصل الذاتي، 2002).

إلى أن يكون متعدد اللسان، لا فقط ثنائي اللسان، وها هنا يظهر بوضوح قصر طرح كابرد وكاي في شأن التعددية، وذلك بالتمسك بالنموذج البيوسيكو اجتماعي كما يصفوه، فيقسمان الطب النفسي إلى مقاربتين: بيولوجية وسيكو اجتماعية، ولكن يعد هذا التقسيم الحد أدنى لما يمكن تقسيمه، فهناك أكثر من ذلك، إلى جانب الأفكار الأبستمولوجية لـ ياسبرز (الشرح السببي والفهم الحامل للمعنى)، أو المدارس المنهجية لهافنز (الموضوعية الوصفية، الوجودية، البين ذاتية، والتحليلية النفسية)، أو زوايا طرح كل من ماكهاي وسلافني (المرض، البعد، السلوك، قصة حياة المريض)، وما على الإكلينيكيين سوى العمل بجد ليستأنسوا بمعظم مقاربات العقل هذه إن لم نقل كلها، ولا يسعنا إلا أن نتفق على القول بأن أحادية اللسان (ونعني الدوغمائية) لم تعد لها مكانة، حيث إن طرح ثنائية اللسان لـ كابرد وكاي يعتبر أفضل، وتتطلب التعددية في الطب النفسي أن نكون جميعنا متعددي اللسان، ويمكن أن يترجم هذا التنوع والتعدد في المقاربات بسهولة إلى تفوق العلاج النفسي والأدوية التي يقدمها الإكلينيكي الواحد.

وما تطلبه التعددية من الإكلينيكيين يعد أمرًا مرهقًا للغاية أكثر من ثنائية اللسان التي اقترحها كابرد وكاي، وإنه لأصعب أن تكون طبيبًا نفسيًا ذي توجه بيوسيكو اجتماعي، كما يؤكده كابرد وكاي، من أن تكون دوغمائيًا (يركزان على الاختزالية البيولوجية ويغضان النظر عن آثار الاختزالية التحليلية النفسية غير المرغوب فيها)، ولا يزال من الصعب أن يكون المرء تعدديًا، وبالتالي، فهي من أصعب المقاربات في الطب النفسي: إنها تطلب الكثير ولكنها تعطي القليل، ولكن ما تعطيه يقاس بمعيار الذهب مقارنة بزيف الانتقائية البيوسيكو اجتماعية.

(4)

دعوني أقول بوضوح أنني باستبعاد النموذج البيوسيكو اجتماعي لا أعود عندئذ إلى المقاربة البيولوجية الاختزالية، فأنا أبحث عن انفتاح أكثر ثراء، وعن تعددية تحثنا على الكفّ عن تفاهات الانتقائية التي سادت في الماضي، كما أن التعددية تسعى إلى نشر ثقافة تعاون تقرب بين الأطباء النفسيين وعلماء النفس

والمرشدين الاجتماعيين؛ إنها تفعل ذلك حقًا بالرغم من أنها تناهض كل تفكير تقسيمي على أساس وجهات النظر بين مختلف المجموعات، ولكن يجب أن يعلم زملائي بالعمل الاجتماعي وعلم النفس أن لهم أصدقاء أفضل ضمن التعدديين من هؤلاء المحسوبين عن الانتقائيين.

وهذا يرجع سببه إلى أن هناك تحيزًا طبيًا واضحًا ومهمًا إلى المزاعم البيوسيكو اجتماعية لبعض الأطباء النفسيين ذوي التوجه التحليلي النفسي، وعلى سبيل المثال، يستخلص كابرد وكاي في تلخيص حدود مقاربة المعالجين الاثنين: «وأخيرًا، غالبًا ما يزعم الطبيب النفسي أن لديه مسؤولية رئيسية شاملة تجاه المريض على الرغم من أن مهنيًا مدربًا بشكل ضعيف يقدم العلاج النفسي قد يتخذ قرارًا في غاية الأهمية في شأن علاج المريض دون استشارة الطبيب النفسي» (2001، 1960).

سيكبح غير الأطباء النفسيين الجماح بالوقوف عند هذا القول، ويتمثل الافتراض الضمني لمقاربة الأطباء النفسيين البيوسيكو اجتماعية في أن غير الأطباء النفسيين يقدمون في الغالب علاجًا نفسيًا مرتجلًا، وقد أقاما الحجة على أنه للعديد من الأسباب (الدراية بعلم البيولوجيا، التجربة الطبية، تواتر الاتصال بين الطبيب والمريض، التحويل، الاتحاد العلاجي) يمكن أن يقدم الطبيب النفسي أفضل علاج كامل للمريض (ألا وهو العلاج النفسي مع الأدوية)، واستنتجا أن العلاج النفسي المقدم في هذا الفضاء أفضل من العلاج النفسي المقدم من طرف معالج ليس طبيبًا (مختص في علم النفس أو مرشد اجتماعي)، وتجدر الإشارة إلى أن المرء لا يمكن أن يتغافل عن الجوانب الاقتصادية لهذا النقاش، بحيث تتوقف الحياة الاقتصادية للمعالجين النفسيين الذي هم أطباء نفسيون على وجود مغزى من وراء ممارسة العلاج النفسي، فيقدم الطرح المنطقي للطب النفسي القائم على التوجه البيوسيكو اجتماعي ذي المعالج الواحد هذا المغزى، ولهذا يمثل النموذج البيوسيكو اجتماعي في نظر هؤلاء الأطباء النفسيين المبرر المناسب لما يفعلونه.

للدفاع عن مشروعية التعددية، أطالب كل الإكلينيكيين، سواء الأطباء النفسيون

أو المرشدون الاجتماعيون أو المختصون في علم النفس، للكف عن محاولات تبرير ما يقومون به، فأطالبهم بالتفكير في المقصد من وراء ما يفعلونه، وإذا ما اتفقوا أن التعددية هي البديل الأفضل، أطالبهم بتغيير ما يفعلونه بالانسجام مع ما تقترحه المقاربة التعددية.

ما الذي يعنيه هذا في حيِّز الممارسة؟

أولًا، لا يوجد بشكل مطلق سبب عام لماذا يمكن أن يقدم الطبيب النفسي علاجًا نفسيًا أفضل من عالم النفس أو المرشد الاجتماعي، ولهذا السبب، لا داعي لأن نفترض أن الطبيب النفسي من شأنه أن يقدم علاجًا فارماكولوجيًا نفسيًا أفضل من ممرض ممارس ذي خبرة ومهارة عاليتين، وليس هذا إلا رهين المعرفة والتجربة والوضوح المفاهيمي.

يقدَّم العلاج الأفضل من قبل المعالج الأحسن خبرة، وبصفة عامة، لا يمكن أن يكون إكلينيكيًا واحدًا ذا خبرة عالية جدًا في أكثر من مقاربة أو منهج في الطب النفسي، وبما أن هناك العديد من المناهج (مناهج هافنز، زوايا طرح ماكهاي وسلافني، الفارماكولوجيا النفسية لوضعيات معينة، ومقاربات علاجية نفسية)، هناك العديد من المتخصصين، وبالإضافة إلى ذلك، يتوقف المزج المخصوص للعلاج على حالة المريض والوضعية العامة، فعلى سبيل المثال، يستفيد المريض الذي يعاني من اضطراب ثنائي القطب، أكثر من غيره، من الفارماكولوجي النفسي ذي الخبرة العالية والمتخصص في الاضطراب ثنائي القطب، ولا يكون الفارماكولوجي الجيد صاحب التخصص العام مثاليًا، ويكون الشخص المفضل ذلك المتخصص في الاضطراب ثنائي القطب، وبالتالي، قد يستفيد ذلك المريض كذلك من المعالج النفسي ذي الخبرة العالية، وقد يكون هذا الشخص مرشدًا اجتماعيًا أو مختصًا في علم النفس أو طبيبًا نفسيًا، وعلاوة على ذلك، قد يمارس ذلك الشخص العلاج النفسي السلوكي الإدراكي، أو علاج العائلة، أو العلاج البين ذاتي، أو العلاج النفسي التربوي، ولكن يجب أن يكون المعالج النفسي بشكل جيد متخصصًا في العلاج المطلوب، كما يجب أن يكون للعلاج دليل تجريبي على كونه

فعّالًا لحالة الاضطراب ثنائي القطب، وقد يستفيد أيضًا من إعادة التأهيل التي يجريها متخصص في ذلك المجال، أو العلاج الوظيفي من قبل خبير في ذلك المجال، أو علاج تعاطي المواد المخدرة بواسطة أخصائي في ذلك المجال، وعليه، لا يوجد طريقة أخرى يمكن من خلال أن يقدم الشخص عملًا رائعًا، وقد يؤدي الشخص عملًا مناسبًا أو ربما عملًا متواضعًا، ولكن، سينتج النتاج الأفضل من طرف العديد من المعالجين، كل واحد منهم متخصص في مجال عمله.

لا يعني هذا أنه يجب علينا أن نصبح متخصصين غير منفتحين، فعلى سبيل المثال، أنا مختص في الفارماكولوجيا النفسية المرتبطة بالاضطراب ثنائي القطب، ولكن أعتقد أنني فارماكولوجي نفسي خبير في علاج الاكتئاب أحادي القطب ومعظم الاضطرابات الناجمة عن القلق ومعظم اضطرابات الهواس، وعلى أية حال، سأقر باعتباري تعدديًا أنني لست ذا قدرة كفارماكولوجي نفسي متخصص في علاج الفصام تضاهي قدرة زميل آخر خبير في ذلك التوجه، وعلى نحو مماثل، لدي بعض من التجربة والتكوين في العلاج النفسي الوجودي، ولكن عديم التجربة في العلاج النفسي الوجودي ذي النزعة المعرفية السلوكية، وبالتالي، بالرغم من أنني بالإمكان أن أعالج مريضًا بالعلاج النفسي في حالات معينة، يمكن أن أختار بدقة المقام حيث أعتقد أن المريض يمكن أن يستفيد من مهاراتي المخصوصة، وغالبًا ما أحيل المرضى إما على فارماكولوجيين نفسيين آخرين مختصين في حالات أخرى ذات العلاقة يمكن أن يعاني منها المريض أو على معالجين نفسيين آخرين (غالبًا ما يكونوا مرشدين اجتماعيين وزملاء متحصلين على درجة الماجيستر) يتمتعون بتجربة عالية في المناهج المتخصصة أو الحالات التي أعتقد أو يعتقد المريض أو كلانا أنها قد تكون مفيدة، فلنضرب مثلًا على ذلك، أحد زملائي هو رجل متحصل على درجة الماجيستر في اختصاص الإرشاد (يعاني كذلك من الاضطراب ثنائي القطب)، هذا ويتمتع بدرجة كبيرة من المعرفة تجعله يوفر للمرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب إمكانات للعلاج النفسي الوجودي، وعلاوة على ذلك، إنه لمن الأهمية بمكان بالنسبة للمعالجين النفسيين أن يكونوا على دراية كبيرة بالاضطراب ثنائي القطب إن يكن لهم معالجة هؤلاء المرضى، وإنه

لمن المهم أن يكون المرء قادرًا على تمييز أعراض نوبات المزاج عن المشاعر غير المتعلقة بنوبات المزاج، كما يكون من المهم أن نكون قادرين على التفطن إلى علامات الصرع المبكرة، خاصة حينما يسمح العلاج أسبوعيًا بالاتصال أكثر تواترًا مما يحدث في جلسات الفارماكولوجيا النفسية التي تعقد بصفة شهرية، وبالإضافة إلى هذا كله، يعد من الإفادة أن نفهم المغزى من تقييم آثار التغيرات الدوائية والمشاركة فيه، ولهذه الأسباب كلها، أعتقد أن زميلي معالج نفسي أكثر خبرة بالنسبة إلى معظم المرضى الذين في عهدتي والذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب، من طبيب نفسي متمرس ذي توجه بيوسيكو اجتماعي قد تكون له تجربة ضئيلة بالاضطراب ثنائي القطب.

(5)

يجب أن يكون التعددي متواضعًا، حيث لا توجد نظم كاملة بالنسبة له، كما لا توجد أيديولوجيات يمكن أن يتمسك بها، إنه يعتبر العقل ماهيةً معقدة، بحيث لا يزال يسعى لكي يكون واضحًا في محاولاته لتفسيره وفهمه، ولا يمكن أن يزعم أنه يعرف أي شيء يقينًا، ومع ذلك، ينبغي عليه أن يتجنب كل ضرب من ضروب النسبية، فهو النزاع إلى الشك دائمًا أبدًا، لكنه دائمًا ما يكون أيضًا منفتحًا على الاعتقاد، والاعتقاد بالنسبة له ليس أيديولوجيا بل عقيدة حسب تعريف جيمس: الحاجة إلى اتخاذ الخيارات لأن القرارات بالغة الأهمية حتى في غياب الدليل الكافي، وهذا ما يعيدنا إلى الحاجة للتواضع.

ستحدد هذه الأسئلة للإكلينيكي إن كان بإمكانه أن يكون تعدديًا وعلى ضوء مهن الصحة العقلية ستحدد ما إذا كان لنا أن نتجاوز جمود الدوغمائية والانتقائية:

- هل يمكنك أن تقبل غياب نظرية جامعة واحدة في الطب النفسي، ومع ذلك تجنب النسبية والانتقائية؟
- رغم غياب النظرية الواحدة، هل يمكنك أن تقبل الحاجة بأن تكون على بينة بما نقوم به مفاهيميًا؟

- هل تعلم أنه في وضعيات معينة وظروف محددة فإن منهجًا واحدًا يكون أكثر تناسبًا من غيره؟
- هل تدرك نقاط قوة العديد من المناهج في الطب النفسي وحدودها؟
- هل تقبل بأن لكل منهج دوره الخاص؟
- هل تقبل بحدودك الخاصة بك على ضوء مهاراتك؟ وهل تقبل بنقاط قوة الآخرين على ضوء ما يقدمون من مهارات؟ وهل ستجعل العلاج يتناسب والحالة الواحدة وظروف المريض الخاصة به؟
- وهل يمكنك القيام بهذا كله، من غير أن تكون على يقين بشكل كامل أبدًا؟

إننا بعيدون عن أن نكون تعدديين في الطب النفسي اليوم.

الخاتمة

«إن في طبيعة مبحثنا أن يكون بإمكان كل طبيب نفسي واع أن يختار فقط بين اتخاذ وجهة نظر فلسفية صريحة أو تركها ضمنية، فهو ملزم باتخاذ أحد تلك الآراء الفلسفية».

أوبري لويس، 1967م

يرتكز مبحث الطب النفسي على الأسئلة والافتراضات الفلسفية.

إن الهدف من هذا الكتاب هو طرح الأسئلة ومناقشة المفاهيم عوضًا عن تقديم الأجوبة، ولا يدَّعي إطار نظري واحد أنه سيرضي أولئك الذين يبحثون عن أيديولوجيا واحدة، وقد يرى الفلاسفة هذا الأمر نقطة ضعف غير أن الأمر يكون كذلك فقط إذا قبل المرء أن مثل هذا الأمر هو غاية الفلسفة بل هو إرساء نظام، وهذا هدف لا يروق لي.

حاولت أن أفعل شيئًا يحذو حذو الخطوط العريضة لمدرسة سقراط، وقد سعيت إلى توضيح مفاهيم الطب النفسي بطرح الأسئلة وتقديم مختلف اجتهادات الفكر واستخدام أفكار من مصادر مختلفة، ولعمل هذا كله، طبقت أفكارًا تعود إلى كارل ياسبرز وفرويد والوجوديين وغيرهم.

سعيت إلى بيان أن البحث والممارسة في الطب النفسي متوقف على مفاهيم معينة خفية ومتشعبة وعامة، وأن مناقشة هذه المفاهيم هو كل ما تعنيه الفلسفة، وبالإضافة إلى ذلك، يعاني هؤلاء الذين ينكرون اتخاذ فرضيات مفاهيمية من قصر النظر في عدم إدراكهم بأن لديهم أيضًا أفكارًا فلسفية، الشيء الذي يفرضونه على البحث في المسائل النفسية أو الممارسة دون إدراكه، كما يتمثل هدف هذا الكتاب في جعل مناقشة هذه التيارات الفلسفية واضحة جلية وإظهارها على السطح وتتبع

خط تفكيرها وبيان تبعاتها، وحسب رأي الأطباء النفسيين، لا بد أن يساعدنا هذا على اختيار المدارس الفلسفية في الطب النفسي وتطبيقها بشكل منطقي أكثر، وأرجو أن يقدم هذا الكتاب للمرضى وللرأي العام ككل بيانًا وتفسيرًا لكل ما يعنيه الطب النفسي ويعين على استجلاء ما في هذا الحقل المعرفي من غموض.

يرتبط الطب النفسي باعتباره مجال نظرية وممارسة ارتباطًا وثيقًا بآراء معينة في خصوص ما هو موجود ومسلم به (نظريات العقل والدماغ)، وما الذي نعرفه عن الحقائق المتعلقة بالجانب الطبي النفسي (الأبستمولوجيا)، وما الذي نقيمه (الأخلاقيات الخاصة بالطب النفسي باعتباره مهنة)، وتجدر الإشارة إلى أن كل رأي يتبناه أي شخص فيما يخص هذه المسائل له نتائج عملية مهمة.

يتمثل غرض هذا النوع من الدراسة والتحقيق، في عرضٍ توضيحٍ مفاهيميٍّ في شأن الفرضيات والقيم التي يمتلكها الشخص، ويفضي بنا هذا بدوره إلى الإطار النظري العام للتعددية والذي يفترض الانفتاح على أفكار متنوعة، والمرونة في تناول مختلف المناهج في الطب النفسي والالتزام بإيجاد أفضل المناهج وتطبيقها في ظرف معين، وفي هذا الإطار، كتب إميل كرابلين عام 1917، عندما عرض تاريخ المئة سنة الأخيرة من الممارسة في الطب النفسي:

> **«إن الرضا عما أنجز من تقدم تشوبه حسرة. إذ يتوجب علينا الإقرار بشكل علني أن الأغلبية الساحقة من المرضى المقيمين في مؤسساتنا الاستشفائية هم وفقًا لمعرفتنا في حالة ضياع، وأن أفضل عناية يمكن أن تقدم لهم لا يمكن على الإطلاق أن تعيد أملهم في حياة مثلى. حتى في أفضل الظروف المتاحة، تعرف ثمار الجهد العلمي بشكل عام نضجها بكيفية بطيئة، كما أن النتائج الخاطفة والسريعة في مجالنا هذا لا يقبلها العقل». («1917» 1962، 152، 154).**

ومع نهاية مائتي سنة من عمر مقاربات البحث والممارسة، أعتقد أنه لمن غير المقنع أن نتوقع تقدمًا أكثر مما حققناه، دون أن ننسى العمل الجاد للعديد من الإكلينيكيين النفسيين والباحثين البارعين، وعلى أية حال، تأثر جزء كبير من التقدم الذي عرفه الطب النفسي تأثرًا سلبيًا من جراء الصراع غير المثمر والمعتقدات غير

القابلة للانفتاح، وإن يكن بإمكان النظرية والممارسة الطبية النفسية أن تحقق توجهًا تعدديًا براغماتيًا وتكرسه على أرض الواقع، يمكن لمهنة الطب النفسي عندئذٍ أن تكون قادرة على تحسين وظيفتها في الإيفاء بغايات التقدم العلمي وهدفه الأسمى في شفاء كل من يعاني من هذه العلل التي تصيب البشرية قاطبة.

المراجع

- Akiskal, H. S. 1996. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: Beyond DSM-IV. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 16 (suppl. 1): 4S-14S.
- Ali ibn Abu Talib. 1984. *Nahjul Balagha: Peak of eloquence: Sermons, letters, and sayings of Imam Ali ibn Abu Talib.* New York: Tahrike Tarsile Quran.
- Alloy, L. B., and L. Y. Abramson. 1988. Depressive realism: Four theoretical perspectives. In *Cognitive processes in depression,* ed. L. B. Alloy, 223-65. New York: Guilford Press.
- Amador, X. F., D. H. Strauss, S. A. Yale, et al. 1991. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 17:113-32.
- Ambrose, W. E. 1967. William T. Sherman: A personality profile. *American History Illustrated,* January 11, 5-11.
- Andreasen, N. C., S. Paradiso, and D. S. O'Leary. 1998. "Cognitive dysmetria" as an integrative theory of schizophrenia: A dysfunction in cortical-subcortical-cerebellar circuitry? *Schizophrenia Bulletin* 24 (2): 203-18.
- Angst, J. 1998. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders* 50:143-51.
- Baer, L. 1996. Behavior therapy: Endogenous serotonin therapy? *Journal of Clinical Psychiatry (supplement)* 57 (suppl. 6): 33-35.
- Baldessarini, R. J. 2000a. American biological psychiatry and psychopharmacology, 1944-1994. In *American psychiatry after World War II,* ed. R. W. Menninger and J. C. Nemiah, 371-412. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- ———. 2000b. A plea for the integrity of the bipolar concept. *Bipolar Disorders* 2:3-7.

- ———. 2002. Historical evolution of Kraepelin's *Manic-Depressive Illness* concept. Paper presented at the Boston chapter of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry, June 6.
- Binswanger, L. 1958a. The case of Ellen West. In *Existence,* ed. R. May, E. Angel, and H. Ellenberger, 237-364. New York: Simon & Schuster.
- ———. 1958b. Insanity as a life-historical phenomenon: The case of Ilse. In *Existence,* ed. R. May, E. Angel, and H. Ellenberger, 214-36. New York: Simon & Schuster.
- ———. 1963a. *Being-in-the-world.* New York: Basic Books.

———. 1963b. Heidegger's analytic of existence and its meaning for psychiatry. In *Beingin-the-world,* by L. Binswanger, 206-21. New York: Basic Books.

- Bodkin, J. A., R. Klitzman, and H. G. Pope. 1995. Treatment orientation and associated characteristics of North American academic psychiatrists. *Journal of Nervous and Mental Disease* 183:729-35.
- Boss, M. 1988. Martin Heidegger's Zollikon seminars. In *Heidegger and psychology,* vol. 16, ed. K. Hoeller, 7-21. Seattle: Review of Existential Psychiatry and Psychology.
- Brown, E. S., A. J. Rush, and B. S. McEwen. 1999. Hippocampal remodeling and damage by corticosteroids: Implications for mood disorders. *Neuropsychopharmacology* 21 (4): 474-84.
- Brown, T. M. 2000. The growth of George Engel's biopsychosocial model. *FreeAssociations,* www.human-nature.com/free-associations.
- Churchland, P. 1986. *Neurophilosophy: Toward a unified science of the mind/brain.* Cambridge, MA: MIT Press.
- Churchland, P. M. 1988. *Matter and consciousness.* Cambridge, MA: MIT Press.
- ———. 1989. *A neurocomputational perspective: The nature of mind and the structure of science.* Cambridge, MA: MIT Press.

- Cloninger, C. R. 1999. A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 33 (2): 174-86.
- Cloninger, C. R., D. Svrakic, and T. Przybeck. 1993. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 50:975-90.
- Cobb, S. 1943. *Borderlands of psychiatry.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Craigie, J., and I. Gold. 2002. *Unification in psychiatry.* Paper presented at the 14th annual
- meeting of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry, Philadelphia, May 18-19.
- Crow, T. J. 1990. Nature of the genetic contribution to psychotic illness—a continuum viewpoint. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 81:401-8.
- ———. 1998. From Kraepelin to Kretschmer leavened by Schneider: The transition from categories of psychosis to dimensions of variation intrinsic to homo sapiens. *Archives of General Psychiatry* 55:502-5.
- Daniels, N. 1985. *Just Health Care.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Darwin, C. [1859] 1998. *The origin of species.* New York: Gramercy.
- David, A. S. 1990. Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry* 156:798-808.
- Dennett, D. 1991. *Consciousness Explained.* Boston: Little, Brown.
- ———. 1995. *Darwin's dangerous idea.* New York: Simon & Schuster.
- Dreyfus, H. L. 1994. *Being-in-the-world: A commentary on Heidegger's* Being and Time. Cambridge, MA: MIT Press.
- Eaves, L., J. Eysenck, and H. Martin. 1989. *Genes, culture, and personality: An empirical approach.* London: Academic Press.

- Edelman, G. 1988. *Neural Darwinism: The theory of neuronal group selection.* New York: Basic Books.
- Ehrlich, E., L. Ehrlich, and G. Pepper, eds. 1994. *Karl Jaspers: Basic philosophical writings.* Atlantic Highlands, NJ: Humanities Press.
- Ehrlich, L. 1999. *Commentary on SN Ghaemi: Karl Jaspers and scientific method in psychiatry.* Paper presented at the annual meeting of the American Philosophical Association, Boston.
- Einstein, A., and S. Freud. [1933] 1978. *Why war? The correspondence between Albert Einstein and Sigmund Freud.* Chicago: Chicago Institute for Psychoanalysis.
- Engel, G. L. 1980. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137:535-44.
- Eysenck, H. J. 1953. *The structure of human personality.* London: Methuen.
- ———. 1954. *The psychology of politics.* New York: Praeger.
- Farber, S., and R. Wilson, eds. 1961. *Man and civilization: Control of the mind.* New York: McGraw-Hill.
- Flanagan, O. 1991. *The science of the mind.* Cambridge, MA: Bradford Press.
- Flexner, J. T. 1974. *Washington: The indispensable man.* New York: Mentor Books.
- Forrester, J. 1997. *Dispatches from the Freud wars: Psychoanalysis and its passions.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Foucault, M. 1994. *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception.* New York: Vintage Books.
- Franklin, B. 1996. *Autobiography.* New York: Dover Books.
- Freud, S. [1910] 1963. Observations of "wild" psychoanalysis. In *Sigmund Freud: Therapy and technique,* ed. Philip Rieff, 89-96. New York: Collier.
- ———. 1917. *Mourning and melancholia.* London: Hogarth.

- ———. [1927] 1953-74. *The future of an illusion.* In *Standard edition of the complete psychological works,* vol. 21. London: Hogarth.
- ———. [1937] 1953-74. Analysis terminable and interminable. In *Standard edition of the complete psychological works,* vol. 16, pp. 59-99. London: Hogarth.
- Fulford, K. W. M. 1989. *Moral theory and medical practice.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Gabbard, G., and J. Kay. 2001. The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *American Journal of Psychiatry* 158:1956-63.
- Galbraith, J. K. 1958. *The affluent society.* Boston: Houghton Mifflin.
- ———. 1973. *Economics and the public purpose.* New York: New American Library.
- Gelven, M. 1989. *A commentary on Heidegger's* Being and Time. Rev. ed. DeKalb, IL: Northern Illinois University Press.
- Gerth, H., and C. Mills, eds. 1978. *From Max Weber: Essays in sociology.* New York: Oxford University Press.
- Ghaemi, S. N. 1997. Insight and psychiatric disorders: A review of the literature, with a focus on its clinical relevance for bipolar disorder. *Psychiatric Annals* 27:782-90.
- ———, ed. 2002. *Polypharmacy in psychiatry.* New York: Marcel Dekker.
- Ghaemi, S. N., J. Y. Ko, and F. K. Goodwin. 2002. "Cade's disease" and beyond: Misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 47 (2): 125-34.
- Glantz, K., and J. K. Pearce. 1989. *Exiles from Eden: Psychotherapy from an evolutionary perspective.* New York: Norton.
- Goodman, A. 1991. Organic unity theory: The mind-body problem revisited. *American Journal of Psychiatry* 148:553-63.

- Goodman, S. N. 1999a. Toward evidence-based medical statistics 1: The P value fallacy. *Annals of Internal Medicine* 130:995-1004.

- ———. 1999b. Toward evidence-based medical statistics 2: The Bayes factor. *Annals of Internal Medicine* 130:1005-21.

- Goodwin, D., and S. Guze. [1974] 1989. *Psychiatric diagnosis.* New York: Oxford University Press.

- Goodwin, F. K., and K. R. Jamison. 1990. *Manic depressive illness.* New York: Oxford University Press.

- Gould, S. J. 1989. Sociobiology and the theory of natural selection. In *Philosophy of biology,* ed. M. Ruse, 253-80. London: Macmillan.

- Gunderson, J. 1984. *Borderline personality disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Hairi Yazdi, M. 1992. *The principles of epistemology in Islamic philosophy: Knowledge by presence.* Albany: State University of New York Press.

- Harris, J. R. 1998. *The nurture assumption.* New York: Free Press.

- Harrison, P. 1991. *General psychopathology:* Karl Jaspers: A trainee's view. *British Journal of Psychiatry* 159:300-302.

- Havens, L. L. [1973] 1987. *Approaches to the mind: Movement of the psychiatric schools from sects toward science.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

- ———. 1983. *Participant observation: The psychotherapy schools in action.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

- ———. 1984. The need for tests of normal functioning in the psychiatric interview. *American Journal of Psychiatry* 141 (10): 1208-11.

- ———. 1986. *Making contact: Uses of language in psychotherapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

- ———. 1989. *A safe place.* New York: Ballantine.

- ———. 1993. *Coming to life.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

- ———. 1994. *Learning to be human.* Reading, MA: Addison-Wesley.
- Healy, D. 1998. *The antidepressant era.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Heidegger, M. [1927] 1962. *Being and time.* New York: Harper & Row.
- Heilman, K. M., E. Valenstein, and R. T. Watson. 1985. The neglect syndrome. In *Handbook of Clinical Neurology,* vol. 1, ed. J. A. M. Frederiks, 153-83. New York: Elsevier.
- Hirschfeld, Robert M. A. 1994. Diagnosis and classification in psychiatry: Gerald Klerman's contribution. *Harvard Review of Psychiatry* 1:306-9.
- Holmes, O. W. [1860] 1911. Currents and counter-currents in medical science. In *Medical Essays (1842-1892),* 173-208. Boston: Houghton Mifflin.
- Huesmann, L. R. 1978. *Learned helplessness as a model of depression.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Hume, D. [1777] 1988. *An enquiry concerning human understanding.* La Salle, IL: Open Court.
- Hundert, E. H. 1989. *Philosophy, psychiatry, and neuroscience: Three approaches to the mind.* Oxford: Clarendon Press.
- Hunink, M., P. Glasziou, J. Siegel, J. Weeks, J. Pliskin, A. Elstein, and M. C. Weinstein. 2001. *Decision-making in health and medicine.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Irvine, W. 1959. *Apes, angels, and Victorians: Darwin, Huxley, and evolution.* New York: Meridian Books.
- Jablensky, A. 1999. The nature of psychiatric classification: Issues beyond ICD-10 and DSM-IV. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 33 (2): 137-44.
- Jackson, F. 1982. Epiphenomenal qualia. *Philosophical Quarterly* 32:127-36.

- Jackson, J. H. 1958. *Selected writings of John Hughlings Jackson.* New York: Basic Books.
- James, W. [1890] 1950. *The principles of psychology.* 2 vols. New York: Dover.
- ———. [1897] 1956. *The will to believe and other essays in popular philosophy.* New York: Dover.
- ———. [1901] 1958. *The varieties of religious experience.* New York: Mentor Books.
- Janowsky, D. S., M. Leff, and R. S. Epstein. 1970. Playing the manic game: Interpersonal maneuvers of the acutely manic patient. *Archives of General Psychiatry* 22 (3): 252-61.
- Jaspers, K. [1913] 1997. *General psychopathology.* 2 vols. Trans. J. Hoenig and M. W. Hamilton. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- ———. [1957] 1986. An autobiographical account. In *Karl Jaspers: Basic philosophical writings,* ed. Ehrlich, E. L. Ehrlich, and G. B. Pepper, 4-7. Atlantic Highlands, NJ: Humanities Press.
- Kandel, E. R. 1979. Psychotherapy and the single synapse: The impact of psychiatric thought on neurobiological research. *New England Journal of Medicine* 301 (19): 1028-37.
- ———. 1998. A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 155:457-69.
- ———. 1999. Biology and the future of psychoanalysis. *American Journal of Psychiatry* 156:505-24.
- ———. 2000. Autobiography. *www.nobel.se.*
- Kant, I. [1781] 1998. *Critique of pure reason.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Kasanin, J. J. [1933] 1994. The acute schizoaffective psychoses. *American Journal of Psychiatry* 151 (suppl. 6): 144-54.
- Kendell, R. E. 1989. Clinical validity. *Psychological Medicine* 19 (1): 45-55.

- Kendell, R. E., and I. F. Brockington. 1980. The identification of disease entities and the relationship between schizophrenic and affective psychoses. *British Journal of Psychiatry* 137:324-31.
- Kendell, R. E., J. E. Cooper, A. J. Gourlay, et al. 1971. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry* 25 (2): 123-30.
- Kendler, K. S. 1990. Toward a scientific psychiatric nosology: Strengths and limitations. *Archives of General Psychiatry* 47 (10): 969-73.
- ———. 2001. A psychiatric dialogue on the mind-body problem. *American Journal of Psychiatry* 158 (7): 989-1000.
- Kendler, K. S., W. M. Glazer, and H. Morgenstern. 1983. Dimensions of delusional experience. *American Journal of Psychiatry* 140:466-69.
- Kendler, K. S., and D. Walsh. 1998. The structure of psychosis: Syndromes and dimensions. *Archives of General Psychiatry* 55:508-9.
- Kernberg, O. F. 1975. *Borderline conditions and pathological narcissism.* New York: J. Aronson.
- ———. 1976. *Object-relations theory and clinical psychoanalysis.* New York: J. Aronson.
- Kety, S. S. 1960. A biologist examines the mind and behavior. *Science* 132:1861-70.
- Kim, J. 1993. *Supervenience and mind: Selected philosophical essays.* New York: Cambridge University Press.
- Kirby, J., J. Chu, and D. Dill. 1993. Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abuse histories. *Comprehensive Psychiatry* 34:258-63.
- Kleinman, A. 1988. *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience.* New York: Free Press.

- Klerman, G. 1986. Historical perspectives on contemporary schools of psychopathology. In *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*, ed. T. Millon and G. Klerman, 3-28. New York: Guilford Press.
- Klerman, G., G. Vaillant, R. Spitzer, et al. 1984. A debate on DSM-III. *American Journal of Psychiatry* 141:539-53.
- Kohlberg, L. 1981. *The philosophy of moral development: Moral stages and the idea of justice.* San Francisco: Harper & Row.
- Kohut, H. 1971. *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders.* New York: International Universities Press.
- Kraepelin, E. [1917] 1962. *One hundred years of psychiatry.* New York: Citadel Press.
- ———. 1921. *Manic-depressive insanity and paranoia.* Ed. G. M. Robertson. Edinburgh: E & S Livingstone.
- Kramer, P. D. 1993. *Listening to Prozac.* New York: Viking.
- Kripke, S. 1972. *Naming and necessity.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kuhn, T. S. 1962. *The structure of scientific revolutions.* Chicago: University of Chicago Press.
- Laing, R. D. 1969. *The divided self.* Baltimore: Pelican.
- Leber, P. 2000. Clinical trials and the regulation of drugs. In *Oxford Textbook of Psychiatry*, ed. M. G. Gelder, J. J. Lopez-Ibor Jr., and N. C. Andreasen, 2:1247-52. Oxford: Oxford University Press.
- Lee, R. E., G. Bradford, W. T. Thom, et al. 1988. *Recollections and letters of General Robert E. Lee.* Wilmington, NC: Broadfoot.
- Lewis, A. 1934. The psychopathology of insight. *Journal of Nervous and Mental Disease* 14:332-48.
- ———. 1967. *The state of psychiatry: Essays and addresses.* New York: Science House.

- Luhrmann, T. M. 2000. *Of two minds: The growing disorder in American psychiatry.* New York: Knopf.
- MacIntyre, A. C. 1984. *After virtue: A study in moral theory.* 2d ed. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Maher, B. A. 1990. The irrelevance of rationality to adaptive behavior. In *Philosophy and Psychopathology,* ed. M. Spitzer and B. A. Maher, 73-85. New York: Springer-Verlag.
- Makkreel, R. 1992. *Dilthey: Philosopher of the human studies.* Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Marcuse, H. 1968. *One-dimensional man.* Boston: Beacon Press.
- Marguelis, A. M. 1989. *The empathic imagination.* New York: Norton.
- Martin, M. 1999. Depression: Illness, insight, and identity. *Philosophy, Psychiatry, Psychology* 6:271-98.
- May, R., E. Angel, and H. F. Ellenberger, eds. 1958. *Existence.* New York: Simon & Schuster.
- Mayr, E. 1991. *One long argument: Charles Darwin and the genesis of modern evolutionary thought.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McGinn, C. 1990. *The problem of consciousness.* Oxford: Blackwell.
- McHugh, P. R. 1997. Foreword to *General psychopathology,* by Karl Jaspers, v-xii. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- McHugh, P. R., and P. R. Slavney. 1998. *The perspectives of psychiatry.* 2d ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Originally published in 1983.
- McLaren, N. 1998. A critical review of the biopsychosocial model. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 32:86-92.
- Menand, L. 2001. *The metaphysical club: A story of ideas in America.* New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Menninger, K. 1967. *The vital balance.* New York: Viking Press.

- Meyer, A. 1948. *The commonsense psychiatry of Dr. Adolf Meyer.* New York: McGraw-Hill.
- Nagel, T. 1974. What is it like to be a bat? *Philosophical Review* 83:435-50.
- ———. 1986. *The view from nowhere.* Oxford: Oxford University Press.
- Nasr, S. H. 1976. *Three Muslim sages: Avicenna, Suhrawardi, Ibn Arabi.* Delmar, NY: Caravan Books.
- Needleman, J. 1963. *Being-in-the-World.* New York: Basic Books.
- Nicholson, R. A. 1989. *The Mathnawi of Jalaluddin Rumi. Books III-IV Commentary.* Lahore, Pakistan: Islamic Book Service.
- Nierenberg, A. A., S. N. Ghaemi, K. Clancy-Colecchi, et al. 1996. Cynicism, hostility, and suicidal ideation in depressed outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 184:607-10.
- Norman, R. 1983. *The moral philosophers: An introduction to ethics.* Oxford: Clarendon Press.
- Nussbaum, M. C. 1994. *The therapy of desire: Theory and practice in Hellenistic ethics.* Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Olmsted, J., and E. Olmsted. 1961. *Claude Bernard and the experimental method in medicine.* New York: Collier Books.
- Osler, W. [1889] 1948. *Aequanimitas.* Philadelphia: Blakiston Co.
- Pam, A., and C. A. Ross, eds. 1995. *Pseudoscience in biological psychiatry.* New York: Wiley & Sons.
- Partington, A., ed. 1994. *The concise Oxford dictionary of quotations.* Oxford: Oxford University Press.
- Peirce, C. [1905] 1958. What pragmatism is. In *Selected Writings,* ed. P. Weiner, 180-202. New York: Dover.
- ———. 1958. *Selected writings.* Ed. P. Weiner. New York: Dover.
- Pellegrino, E. D., and D. C. Thomasma. 1981. *A philosophical basis of medical practice.* New York: Oxford University Press.

- Penfield, W. 1958. *The excitable cortex in conscious man.* Springfield, IL: C. C. Thomas.
- ———. 1975. *The mystery of the mind: A critical study of consciousness and the human brain.* Princeton, NJ: Princeton University Press.
- ———. 1977. *No man alone: A neurosurgeon's life.* Boston: Little, Brown.
- Penfield, W., and H. H. Jasper. 1954. *Epilepsy and the functional anatomy of the human brain.* Boston: Little, Brown.
- Pepper, G. 1963. A re-examination of the ideal type concept. *American Catholic Sociological Review* 24:185-201.
- ———. 1988. Karl Jaspers on the sciences: In retrospect. In *Karl Jaspers today: Philosophy at the threshold of the future,* ed. L. Ehrlich and R. Wisser, 153-78. Washington, DC: Center for Advanced Research in Phenomenology and University Press of America.
- Perris, C. 1966. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 42 (suppl. 194): 15-152.
- Pinel, P. [1806] 1983. *A treatise on insanity.* Trans. D. D. Davis. Birmingham, AL: Classics of Medicine Library.
- Popper, K. 1959. *The logic of scientific discovery.* New York: Basic Books.
- Porter, R. 1997. *The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity.* New York: Norton.
- Ramachandran, V. S., and S. Blakeslee. 1998. *Phantoms in the brain: Probing the mysteries of the human mind.* New York: William Morrow.
- Reik, T. 1956. *The search within: The inner experiences of a psychoanalyst.* New York: Farrar, Straus & Cudahy.
- Roazen, P. 1969. *Brother animal: The story of Freud and Tausk.* New York: Knopf.

- ———. 1995. *How Freud worked: First-hand accounts of patients.* Northvale, NJ: J. Aronson.

- Robins, E., and S. B. Guze. 1970. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 126:983-87.

- Rogers, G., ed. 1990. *Benjamin Franklin's* The art of virtue. Eden Prairie, MN: Acorn Publishers.

- Rosch, E., and C. Mervis. 1975. Family resemblances: Studies in the internal structure of categories. *Cognitive Psychology* 7:573-605.

- Rumi, Jalaludin. 1995. *The essential Rumi.* Trans. Coleman Barks, with John Mayne, J. Arberry, and Reynold Nicholson. San Francisco: Harper San Francisco.

- Sadler, J., ed. 2002. *Descriptions and prescriptions: Values, mental disorders, and the DSMs* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Sadler, J., O. Wiggins, and M. Schwartz, eds. 1994. *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Sadock, B., and V. Sadock, eds. 2000. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

- Schweitzer, A. 1969. *Reverence for life.* New York: Harper & Row.

- Shafii, M. 1998. *Freedom from the self: Sufism, meditation, and psychotherapy.* New York: Human Sciences Press.

- Shenk, J. In press. *The melancholy of Abraham Lincoln.* New York: Viking Press.

- Shepherd, M. 1982. Review of *General Psychopathology,* by Karl Jaspers. *British Journal of Psychiatry* 141:310-12.

- ———. 1995. Two faces of Emil Kraepelin. *British Journal of Psychiatry* 167 (2): 174-83.

- Shweder, R. A. 2001. A polytheistic conception of the sciences and the virtues of deep variety. In *Unity of knowledge: The convergence of*

natural and human science, vol. 935, ed. A. Damasio, A. Harrington, J. Kagan, et al., 217-32. New York: New York Academy of Sciences.

- Sims, A. 1988. *Symptoms in the mind: An introduction to descriptive psychopathology.* London: Balliere Tindall.
- Singer, P. 1993. *A companion to ethics.* Oxford: Blackwell Reference.
- Smart, J. J. C. [1959] 1991. Sensations and brain processes. *Philosophical Review* 68:141-56.
- Solomon, P., ed. 1966. *Psychiatric drugs: Proceedings of a research conference held in Boston.* New York: Grune & Stratton.
- Spitzer, M. 1990. On defining delusions. *Comprehensive Psychiatry* 31:377-97.
- ———. 1994. The basis of psychiatric diagnosis. In *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification,* ed. J. Sadler, O. Wiggins, and M. Schwartz, 163-77. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Starkstein, S. E., S. Vazquez, R. Migliorelli, et al. 1995. A single-photon emission computed tomographic study of anosognosia in Alzheimer's disease. *Archives of Neurology* 52:415-20.
- Stevens, A., and J. Price. 2000. *Evolutionary psychiatry.* 2d ed. London: Routledge.
- Sullivan, H. S. [1940] 1953. *Conceptions of modern psychiatry.* New York: Norton.
- ———. 1954. *The psychiatric interview.* New York: Norton.
- Sulloway, F. J. 1996. *Born to rebel: Birth order, family dynamics, and creative lives.* New York: Pantheon Books.
- Swann, A., J. Bjork, F. Moeller, et al. 2002. Two models of impulsivity: Relationship to personality traits and psychopathology. *Biological Psychiatry* 51:988-94.
- Sydenham, T., and K. Dewhurst. 1966. *Dr. Thomas Sydenham (1624-1689): His life and original writings.* Ed. K. Dewhurst. Berkeley: University of California Press.

- Symonds, C. 1970. *Studies in neurology.* London: Oxford University Press.
- Szasz, T. S. 1970. *Ideology and insanity.* New York: Doubleday.
- ———. 1974. *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct.* Rev. ed. New York: Harper & Row.
- Tannen, D. 1990. *You just don't understand: Women and men in conversation.* New York: Morrow.
- Thomas, G. 1993. *An introduction to ethics: Five central problems of moral judgment.* London: Gerald Duckworth.
- Tsuang, M., S. Faraone, and M. Lyons. 1993. Identification of the phenotype in psychiatric genetics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 243:131-42.
- Vaillant, G. E., M. Bond, and C. O. Vaillant. 1986. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry* 43:786-94.
- Valenstein, E. S. 1986. *Great and desperate cures: The rise and decline of psychosurgery and other radical treatments for mental illness.* New York: Basic Books.
- Van Praag, H. M. 1990. Two-tier diagnosing in psychiatry. *Psychiatry Research* 34 (1): 1-11.
- ———. 1992. Reconquest of the subjective: Against the waning of psychiatric diagnosing. *British Journal of Psychiatry* 160:266-71.
- ———. 1993a. Diagnosis, the rate-limiting factor of biological depression research. *Neuro-psychobiology* 28 (4): 197-206.
- ———. 1993b. *"Make-believes" in psychiatry; or, The perils of progress.* New York: Brunner/Mazel.
- ———. 1996. Comorbidity (psycho)analyzed. *British Journal of Psychiatry* 168 (suppl. 30): 129-34.
- ———. 1997. Over the mainstream: Diagnostic requirements for biological psychiatric research. *Psychiatry Research* 72 (3): 201-12.

- ———. 1999. Nosologomania: A disorder in psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 41:703-12.

Weber, M. 1949. *The methodology of the social sciences.* Trans. E. A. Shils and H. A. Finch. Glencoe, IL: Free Press.

- ———. [1904] 1993. *The Protestant ethic and the spirit of capitalism.* London: Routledge.

- Wiggins, O. P., and M. A. Schwartz. 1991. Is there a science of meaning? *Integrative Psychiatry* 7:48-53.

- Williams, T. H. 1962. *McClellan, Sherman, and Grant.* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

- Winnicott, D. W. 1958. *Collected papers: Through paediatric to psycho-analysis.* New York: Basic Books.

- Yolles, S. 1966. The government's stake in psychiatric drug research. In *Psychiatric drugs: Proceedings of a research conference held in Boston,* ed. P. Solomon, 121. New York: Grune & Stratton.

- Zachar, P. 2000. *Psychological concepts and biological psychiatry: A philosophical analysis.* Amsterdam: J. Benjamins.

- ———. 2001. Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philosophy, Psychiatry, and psychology* 7:167-94.

لـمحة عن المؤلف

- ناصر قائمي أستاذ جامعي متخصص في الطب النفسي في كلية الطب بهارفارد.
- مدير البرنامج البحثي لاضطراب ثنائي القطب بمستشفى كامبردج.
- حاصل على شهادة الأستاذية في التاريخ من جامعة جورج مايسن.
- وشهادة الأستاذية في الطب من كلية الطب بفيرجينيا.
- وشهادة الماجستير في الفلسفة من جامعة تافتس.
- أنهى تكوينه في برنامج الإقامة الخاص بالطب النفسي في مستشفى ماكلين في مدينة بلمونت من ولاية ماساتشوستس.

| الكتاب |

التعريف بكتاب إشكاليّ يتم تقديمه إلى القرّاء والمكتبة العربية بمقدماته الأساسية هو أشبه بخوض معركة خاسرة سلفًا، ولا سيما حين يؤكد الكتاب غرضه الأساسي في عنوانه الفرعي «مقاربة متعدّدة الأوجه للعقل والمرض العقلي».

لذا أدع القارئ على عتبات كتاب مثير يخوض معه رحلة مسار الطب النفسي المعاصر، وسيرة بلا ادّعاء لتشكّل البنية المفاهيمية المتناغمة التي تناقش وتحاور كل المقاربات العلاجية، من كربلين إلى سيغموند فرويد وباسبرز وصولًا إلى مقاربة إريك كاندل، كلّ ذلك بذائقة فكرية موسّعة وثريّة كما وصفها بول ر. ماكهيو في توطئته للنسخة الأصلية، والتي تستحقّ أن توصف كما أشار ثانية بمدرسة في المنهج.

إلى القارئ العزيز المتخصّص أو المهتم على حدّ سواء بهذا الكتاب الذي سيرفع سقف المعرفة العربية ولا شك بالمفاهيم المؤسّسة للطب النفسي وهو ما يُغني عن كل المقدّمات.


ISBN 978-614-418-502-5



